

Welche Bedeutung kommt der Hebammenbegleitung nach infauster pränataler Diagnose zu?

BACHELOR-Thesis zur Erlangung des Grades
"Bachelor of Science"

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln
Fachbereich Gesundheitswesen
Bachelorstudiengang Hebammenkunde

Sabine Pabel
Halfmannsweg 10
46519 Alpen
Mat.-Nr.:513432

Erstprüferin: Prof. Dr. Sabine M. Dörpinghaus
Zweitprüferin: Dr. rer. cur. Ruth Ketzer

31. Mai 2017

Vorwort

Seit fast 30 Jahren arbeite ich als Hebamme. Ich habe viele Familien begleitet, die ihr Kind nach Pränataldiagnose verloren haben. Noch immer habe ich Situationen aus meiner Ausbildungszeit vor Augen, in denen es Frauen verwehrt wurde, ihr totes oder sterbendes Kind sehen zu können, um sich zu verabschieden. Stattdessen wurde es in der „Schmutzecke“ abgelegt. Als junge Hebammenschülerin stand ich überfordert und wie gelähmt daneben, unfähig zu helfen. Heute weiß ich: Von diesen Müttern (und auch Vätern) und ihren Kindern habe ich viel gelernt. Seitdem hat sich sicherlich einiges zum Guten hin verändert, gleichzeitig erwachsen jedoch neue Probleme durch sich ständig erweiternde Möglichkeiten der Pränataldiagnostik. Was mich in der Begegnung mit den betroffenen Familien immer wieder erschüttert, ist die oft fehlende Menschlichkeit in der Betreuung. Dabei empfinde ich es nicht so schwer, das schmerzliche Schicksal der Frau / der Familie mitzutragen. Viel schwerwiegender ist das Gefühl, als einzelne Hebamme gegen gesellschaftlichen Mainstream und gegen das zunehmend utilitaristisch funktionierende, medizinische System „anarbeiten“ zu müssen.

Dies alles erlebte ich auch in der Schreibphase dieser Bachelorarbeit: Sie wurde „begleitet“ von einer jungen Frau, Julia, 26 Jahre, zweite Schwangerschaft. Sie bekam in der 12. Schwangerschaftswoche beim Routineultraschall die infauste Diagnose und entschied sich gegen einen Abbruch. Inzwischen ist sie in der 31. Schwangerschaftswoche und es besteht eine kleine Hoffnung, dass der Herzfehler ihrer Tochter Lilli vielleicht doch operiert werden kann. Es sind Frauen wie Julia und Kinder wie Lilli, die mich dazu bewegt haben, diese Arbeit zu schreiben. Ihnen wünsche ich eine gute Begleitung in der Schwangerschaft und, sollte dies erforderlich sein, auch die Kraft und Unterstützung, die notwendig sind, um sich menschlich und würdig von ihren Neugeborenen verabschieden zu können. Eine Verabschiedung, wie sie beispielsweise von Katja Baumgarten in ihrem Film „Mein kleines Kind“ berührend dokumentiert wurde.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Literaturrecherche.....	3
1.2	Hinweise zum Sprachgebrauch	4
2	Theoretischer Hintergrund und Hinleitung	4
2.1	Rechtliche Grundlagen	5
2.2	Philosophisch-ethische Aspekte im Kontext der Pränataldiagnostik und Hebammenarbeit	9
2.2.1	Werte und Normen als theoretische Fundamente	9
2.2.2	Utilitaristische Ansätze	10
2.2.3	Leiborientierter Ansatz	13
2.3	Professionstheoretischer Ansatz des Hebammenwesens	17
3	Praktische Bestandsaufnahme.....	22
3.1	Begriffsklärung: Begleiten und Betreuen.....	23
3.2	Phasenmodell nach Rost.....	25
3.2.1	Weg zur Diagnose.....	25
3.2.2	Die Diagnosemitteilung – Der Einschnitt	28
3.2.3	Die Zeit nach der Diagnose als Neuausrichtungsprozess	29
3.2.4	Gestaltung der verbleibenden Zeit – Schwangerschaft	30
	nach der Entscheidung.....	
3.2.5	Der Übergang – Die Phase Geburt	34
3.2.6	Begegnung und Abschied	37
4	Fazit und Ausblick	39
5	Literaturverzeichnis	41
6	Abkürzungsverzeichnis.....	47
7	Anhang.....	48

1 Einleitung

„Wird unser Baby deine oder meine Augen haben?

Tja, das sieht man erst nach der Geburt.

Vieles andere schon früher im 4D-Ultraschall.“¹

Das Werbeplakat, auf dem diese Worte zu lesen sind, zeigt ein glückliches junges Paar. Auf der Webseite der DAK-Krankenkasse heißt es weiter: „Dafür gibt es bei uns ein Extra-Budget von bis zu 100 €. Prima, oder?“² Mit dieser Werbekampagne wird ein Trend deutlich, der sich seit vielen Jahren in Deutschland etabliert hat und sich stetig weiterentwickelt. Ultraschalluntersuchungen werden von den meisten Frauen nicht nur als fester Bestandteil der Vorsorge gesehen, sondern vielmehr als selbstverständliche Dienstleistung mit gewissem Lifestyle-Aspekt im Sinne von „Babyfernsehn“ angefragt.³ Angebot und Nachfrage regeln den Markt in einem konsumorientierten Denkschema. Schwangere Frauen und ihre Partner gehen meist in freudiger Erwartung auf hübsche Babyfotos und in großer Naivität zu den Ultraschallterminen, die kaum hinterfragt werden, sondern auch als Möglichkeit des Beziehungsaufbaus zum ungeborenen Kind genutzt werden und gleichzeitig den normalen Verlauf der Schwangerschaft bestätigen sollen. Statt der drei in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen werden im Durchschnitt etwa acht oder mehr Untersuchungen durchgeführt – bei einigen Frauen wurden bis zu 29 Ultraschalluntersuchungen dokumentiert.⁴ Mangelnde Informationen und fehlende Aufklärung im Vorfeld führen dazu, dass der Ultraschall von der Frau nicht primär als das empfunden wird, was er aus medizinischer Sicht ist: ein Diagnoseverfahren, das dazu dient, frühzeitig Risiken und Abweichungen von der Norm zu erkennen, eine pränataldiagnostische Untersuchung. In den meisten Fällen ist der Befund unauffällig, doch welche Konsequenzen ergeben sich für die

¹Plakat der DAK am Kölner Hauptbahnhof; gesehen am 16.12.2016 (Bildnachweis im Anhang).

²DRID Kommunikation und Design GmbH, 1.

³Vgl. MGEPA und LZG.NRW, 23. Vgl. Ensel 2002, 5. Vgl. Rost 2005, 17.

⁴Vgl. Achtelik 2016, 44. „Eine Studie im Auftrage der Bertelsmann-Stiftung vom vergangenen Jahr [2015, d. V.] kommt zu dem Ergebnis, dass in keinem anderen Land Europas so viele Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft durchgeführt werden wie in Deutschland.“ (Ebd., 44).

werdenden Eltern bei einer positiven Diagnose? In welche Konflikte können sie geraten? Dieses Problemfeld erschließt sich ihnen erst, wenn es für grundsätzliche Überlegungen zu spät ist.⁵ Wie viele Frauen tatsächlich eine positive Pränataldiagnose erhalten, ist schwer zu sagen, verlässliche Daten gibt es nur im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen oder in der Eurocat (*European surveillance of congenital anomalies*). In diesem Netzwerk von 23 europäischen Ländern werden Fehlbildungen epidemiologisch erfasst; aus Deutschland beinhaltet das lediglich die Daten aus Mainz und Sachsen-Anhalt.⁶

2016 wurden in Deutschland von 98.721 statistisch erfassten Schwangerschaftsabbrüchen 3.785 aus medizinischer Indikation durchgeführt, 646mal erfolgte ein Fetozid.⁷ Die Abbruchrate nach positiver Pränataldiagnose wird mit 90-98% angegeben.⁸ In der vorliegenden Arbeit wird diese Gruppe – obwohl zahlenmäßig weitaus größer – nur am Rande berücksichtigt. Der Fokus liegt auf der Bedeutung der Hebammenbegleitung der wenigen Frauen, die die Schwangerschaft trotz infauster Diagnose weiterführen.⁹

Während vor wenigen Jahrzehnten Frauen ihre Schwangerschaft noch in „guter Hoffnung“ erleben konnten und der Schock über eine eventuell nicht mit dem Leben vereinbare Fehlbildung des Kindes sie oft erst nach der Geburt traf, so werden sie heute in der Regel schon im Laufe der Schwangerschaft mit der Realität eines Befundes konfrontiert.¹⁰ Das bringt sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich, die von den Frauen unterschiedlich bewertet werden; sicher ist, dass es das Erleben der Schwangerschaft und die Bedürfnisse während dieser existentiellen Krise dramatisch verändert. Davon ist auch die Begleitung durch die Hebamme beeinflusst.

Leitfragen in diesem Kontext sind: In welchen Bereichen kann die Hebamme diese Frauen und ihre Familien begleiten und was bedeutet diese

⁵ Vgl. Ensel 2002, 5.

⁶ Es gibt keine bundesdeutsche Statistik über die Anzahl der Frauen, die die Schwangerschaft nach infauster Prognose weiterführen. Vgl. Rost 2015, 46.

⁷ Vgl. Das Statistische Bundesamt 2017, Spätabbruch. Zum Begriff des Fetozids siehe Kapitel 2.1 dieser Arbeit.

⁸ Vgl. Feldhaus-Plumin 2005, 105.

⁹ Infaust: „(...) ungünstig, aussichtslos; in der Pränataldiagnostik: Es ist vom Tod des Kindes spätestens nach der Geburt auszugehen.“ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], Glossar.

¹⁰ Vgl. Rost 2015, 2; 168.

Begleitung für die Frau, aber auch für die Hebamme selbst? Welche Chancen und welche Grenzen stellen sich in einer solchen Begleitung? Wo gibt es Überschneidungen/Konflikte zu anderen Berufsgruppen, die in diesem Zusammenhang professionell involviert sind? Wie wichtig ist die Hebamme in dieser besonderen Situation für die Frau? Welchen Stellenwert nimmt sie ein? Diese Arbeit soll Anhaltspunkte dafür entwickeln helfen, wie die Begleitung durch Hebammen nach infauster pränataler Diagnostik aussehen könnte. Dabei sollen leibphänomenologische Aspekte und das Phasenmodell nach Rost zu Rate gezogen werden.

Um einen Diskurs anzuregen und ein besseres Verständnis zu entwickeln, werden relevante Gesichtspunkte mit unterschiedlichen Facettierungen herausgearbeitet und beschrieben.

Die Arbeit legt zunächst theoretische Grundlagen offen: Hier werden anfangs die wesentlichen rechtlichen Bestimmungen erläutert, um dann auf philosophisch-ethische Aspekte einzugehen. Im Anschluss daran wird eine professionstheoretische Sichtweise eingenommen. Jeder Abschnitt schließt mit einem kurzen Problemaufriss, der dann in der praktischen Bestandsaufnahme weiter aufgegriffen wird. In diesem Kapitel wird an Hand des Phasenmodells von Rost die Bedeutung der Hebammenbegleitung nach infauster Prognose für die Frau und ihr Umfeld beschrieben. In dieser praktischen Bestandsaufnahme wird auch immer wieder Bezug genommen auf Interviewmaterial aus der Fachliteratur.¹¹ Fazit und Ausblick bilden den Abschluss der Arbeit.

1.1 Literaturrecherche

Die Basisliteratur wurde aufgrund von Empfehlungen im Kolloquium und in Vorlesungen ausgewählt. Dazu zählt „Wenn ein Kind nicht lebensfähig ist“ von Rost, „Hebammen im Konfliktfeld“ von Ensel, „Die Entscheidungsfälle“ von Samerski sowie „Was Hebammen erspüren“ von Dörpinghaus, aber auch Veröffentlichungen von Schmitz, Böhme und Maio. In den Literaturverzeichnissen der Basisliteratur fand ich Autorinnen wie Sayn-Wittgenstein, Baldus, Feldhaus-Plumin und Schindele. Weiterführende Literatur

¹¹ Vgl. Zitationen in Kapitel 3 dieser Arbeit.

ergab sich aus persönlichen Kontakten mit Kolleginnen, dem Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) oder Autorinnen wie Rost, Loytved und Reime. Artikel aus Fachzeitschriften habe ich über den Opac-Katalog der Katholischen Hochschule unter dem Stichwort „Pränataldiagnostik“ und händisch in der Bibliothek gefunden. Weitere Recherchen führte ich mit Citavi5, PubMed und bibnet („Netzwerk Fachbibliotheken Gesundheit“) durch. Über die genannten Datenbanken konnte ich auch englische Zeitschriftenaufsätze herunterladen.

1.2 Hinweise zum Sprachgebrauch

Im Sinne einer geschlechtergerechten Formulierung habe ich mich in der vorliegenden Arbeit wegen der besseren Lesbarkeit für die Gender-Star-Schreibweise „*innen“ entschieden. War dies nicht möglich, habe ich sowohl die weibliche als auch die männliche Form verwendet. In den Zitaten wurde die Quellenform übernommen. Bei der Berufsbezeichnung Hebamme sind auch Entbindungspfleger inbegriffen, ohne explizit genannt zu werden. Im Fließtext spreche ich von der Schwangeren oder Wöchnerin öfter als „die Frau“, je nach Situation ist hier auch der Partner oder die Partnerin beziehungsweise das Paar oder die Familie mit einbezogen.

2 Theoretischer Hintergrund und Hinleitung

Um die Bedeutung der Hebammenbegleitung nach infauster pränataler Diagnose zu untersuchen, ist es nötig, sich mit theoretischen Grundlagen auseinanderzusetzen. In der Begleitung und Betreuung der Schwangeren sind unterschiedliche Fachgebiete mit verschiedenen Aufgaben betraut und die interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich für ein befriedigendes Ergebnis in der praktischen Arbeit mit den betroffenen Familien.¹² Daher wird hier kurz die aktuelle Gesetzeslage erläutert, um auf die Probleme bei der Umsetzung und Interpretation einzugehen. Ethisch-moralische Aspekte und philosophische Gedanken spielen eine große Rolle bei der

¹² Vgl. Horstkötter et al., 3–8.

Entscheidung zum Weiterführen oder Abbruch der Schwangerschaft nach infauster pränataler Diagnose und fließen auch in die professionstheoretischen Konzepte der Hebammenarbeit ein. Diese werden am Ende des Abschnitts erörtert.

2.1 Rechtliche Grundlagen

In Deutschland werden die Befugnisse einer Hebamme auf Bundesebene durch das Hebammengesetz (HebG), die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (HebAPrV), sowie die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) geregelt. Im Hebammengesetz § 4 werden die für Hebammen und für die Ärztinnen und Ärzte vorbehaltenen Tätigkeiten beschrieben: die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und die Überwachung des Wochenbettverlaufs. Ärztinnen und Ärzte sind dazu verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass eine Hebamme zur Geburt hinzugezogen wird.¹³

Der Rechtsanspruch auf Hebammenhilfe ist im SGB V §24 wie folgt festgehalten: „Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge.“¹⁴

Rechtlich haben also alle Schwangeren Anspruch auf Hebammenhilfe – unabhängig vom Schwangerschaftsalter, auch bei einer Fehlgeburt oder einem Schwangerschaftsabbruch. Inwieweit von diesem Anspruch Gebrauch gemacht wird, ist nicht dokumentiert – Zahlen zur Hebammenversorgung nach positiver Pränataldiagnostik werden in Deutschland derzeit nicht gesondert erfasst.¹⁵

¹³ Vgl. BMJV HebG 2016, §4.

¹⁴ BMJV SGB V 1988, §24d.

¹⁵ Ergebnis meiner Recherchen bei vier großen Krankenkassen (AOK, BEK, TK, DAK), Hebammenverband, Robert Koch Institut, Spitzenverband der Krankenkasse, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen und Statistische Bundesamt. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Sayn-Wittgenstein: „Wenig verständlich ist daher, dass es in Deutschland keine angemessene Datenqualität und Angaben zu den personellen Ressourcen und Versorgungsleistungen durch Hebammen gibt, (...)“ (Sayn-Wittgenstein 2007, 24.).

Als Folge der Institutionalisierung der ärztlichen, risikoorientierten Schwangerenvorsorge und der medizinisch-technischen Ausrichtung in den Mutterschaftsrichtlinien (MRL) bieten heute nur ca. 5% der Hebammen Schwangerenvorsorge an.¹⁶ In der außerklinischen Geburtshilfe stellt sich eine andere Situation mit häufigeren und früheren Hebammenkontakten dar.¹⁷ In der Praxis gibt es in vielen Kliniken ein ungeschriebenes Gesetz, ab welcher Schwangerschaftswoche Frauen im Kreißsaal betreut werden und Hebammenhilfe erhalten – meist liegt es zwischen der 18. und 20. Schwangerschaftswoche. Vorher, sowohl bei Aborten als auch Abbrüchen, sind die Frauen oft alleine im Zimmer auf einer gynäkologischen Abteilung, die Geburt findet dann meist mit einer in letzter Minute herbeigeeilten Ärztin oder einem Arzt und/oder einer Krankenschwester statt.¹⁸

Im Kontext mit Pränataldiagnostik stellt die rechtliche Grundlage für einen Schwangerschaftsabbruch der §218a StGB dar. Bei der Fristenlösung innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen¹⁹ und der kriminologischen Indikation (zum Beispiel nach einer Vergewaltigung) ist Grundlage für die Straffreiheit die Beratung und das Einhalten einer dreitägigen Frist zwischen Beratung und Abbruch. Bei der medizinischen Indikation geht es seit der Novellierung des Gesetzes 1995 weniger um die Schädigung des Fötus, sondern um „(...) die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren.“²⁰ Die Begrenzung für einen Abbruch auf die Zeit bis zur 22. Schwangerschaftswoche entfällt seither, was eine Zunahme der späten Schwangerschaftsabbrüche und der Praxis des Fetozids zur Folge hat. Unter Fetozid wird die Tötung des Kindes im Mutterleib mittels einer Injektion ins Herz des Ungeborenen verstanden.²¹ Diese Praxis verhindert, dass ein Kind seinen eigenen Abbruch überlebt, wie im Jahr 1997 im Fall Tim aus Oldenburg. Nach einem Schwangerschaftsabbruch mittels Geburtseinleitung bei der

¹⁶ Vgl. Ensel 2002, 17. Vgl. Schücking 2001, 507.

¹⁷ Vgl. Sayn-Wittgenstein 2007, 84f.

¹⁸ Vgl. Ensel 2002, 77.

¹⁹ Bei der medizinisch üblichen Methode werden die Schwangerschaftswochen ab dem ersten Tag der letzten Menstruation berechnet (p.m.), im gesetzlichen Rahmen ab der Konzeption (p.c.). Dadurch ergibt sich eine Differenz von circa zwei Wochen.

²⁰ BMJV StGB §218a, (2).

²¹ Vgl. Ensel 2002, 19. Der Fetozid findet auch bei der Reduktion von Mehrlingsschwangerschaften Anwendung. (Vgl. Das Statistische Bundesamt 2017, Schwangerschaftsabbrüche/Fetozid bei Mehrlingsschwangerschaft/2016/64 Fälle.).

Diagnose Down-Syndrom wurde das Kind lebend geboren und erst nach zehn Stunden pädiatrisch versorgt.²²

Die Personenstandsverordnung (PStV) Kap.5 § 31 (1) definiert als Lebendgeburt, „(...) wenn bei einem Kind nach Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.“²³ Zeigt sich keines dieser Merkmale, beträgt das Gewicht jedoch mindestens 500 g, gilt es im Sinne des § 31 (2) PStV als ein tot geborenes Kind, liegt das Gewicht unter 500 g, als Fehlgeburt. Seit 2013 können die Eltern auf Wunsch auch für diese kleinen Kinder eine Geburtsbescheinigung²⁴ ausgestellt bekommen und sie bestatten²⁵ lassen.

Ebenso können die Eltern für den Verabschiedungsprozess die gewünschte Herausgabe ihres fehlgeborenen oder totgeborenen Kinders aus der Klinik zur späteren Bestattung einfordern und bis zu 36 Stunden zu Hause aufbewahren.²⁶

Ein weiterer wesentlicher Rechtsbereich ist das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG), das 2010 novelliert wurde. In § 2a SchKG ist festgelegt, dass bei auffälligem pränatalem Befund die Ärztin oder der Arzt, der die Diagnose der Schwangeren mitteilt, in verständlicher Form und ergebnisoffen beraten soll, über den Anspruch auf psychosoziale Beratung informieren und auf Wunsch eine solche vermitteln muss. Weiterhin ist dort festgeschrieben, dass das Recht auf psychosoziale Beratung besteht, diese aber keine Pflicht ist. Die Frist von drei Tagen zwischen Diagnose und Abbruch ist einzuhalten. Auch wird hier die Notwendigkeit von interdisziplinärer Kooperation festgeschrieben; Hebammen aber werden in diesem Kontext nicht erwähnt.

²² Vgl. Ensel 2002, 19f. Vgl. Rost 2015, 45.

²³ BMJV PStV 2015, Kapitel 5, §31 (1).

²⁴ Vgl. BMJV PStV 2015, § 31 (3).

²⁵ Das Bestattungsrecht ist Ländersache und wird in Nordrhein-Westfalen im Bestattungsgesetz geregelt: „Tot- und Fehlgeburten sowie die aus einem Schwangerschaftsabbruch stammende Leibesfrucht sind auf einem Friedhof zu bestatten, wenn ein Elternteil dies wünscht.“ (Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen, § 14 (2).). „Die Inhaber des Gewahrsams haben zu veranlassen, dass Leichenteile, Tot- oder Fehlgeburten sowie die aus Schwangerschaftsabbrüchen stammenden Leibesfrüchte, die nicht nach § 14 Abs. 2 bestattet werden, ohne Gesundheitsgefährdung und ohne Verletzung des sittlichen Empfindens der Bevölkerung verbrannt werden.“ (Ebd., § 8 (2) Bestattungspflicht.).

²⁶ Vgl. ebd., §11 Totenkonservierung, Aufbewahrung Toter. Vgl. Spranger 1999, 210-213.

In dem Projekt „Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd)“ der Forschungsstelle Ethik der Universität Köln wurden das Schwangerschaftskonfliktgesetz und seine Umsetzung untersucht und 2012 veröffentlicht. Die Autor*innen kommen zu dem Ergebnis, dass erste Wirkungen in der Praxis erzielt wurden. So ist zum Beispiel die Zahl der psychosozialen Beratungen und Kontakte zu den Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden leicht angestiegen.²⁷ Verbesserungsmöglichkeiten bestehen an verschiedenen Punkten, insbesondere was das Verständnis des Begriffs Vermittlung betrifft.²⁸ Auch Berührungsängste und Vorurteile gegenüber anderen Berufsgruppen sind in diesem Kontext als Problem beschrieben.²⁹ In der Beratung vor und nach Pränataldiagnostik spielt die Hebamme in der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Vergleich zu psychosozialer, fachmedizinischer und genetischer Beratung sowie im Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden meist eine untergeordnete Rolle.³⁰

Eine Ausnahme stellt hier das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) finanzierte Modellprojekt: „Interdisziplinäre Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ dar. Hier werden Hebammen bei den teilnehmenden Berufsgruppen explizit genannt.³¹ Rost beschreibt als Schwerpunkt der Studien im deutschsprachigen Raum die Schnittstellenproblematik. Damit wird eine mangelhafte Kooperation zwischen den mit Schwangerschaft und Pränataldiagnostik involvierten Berufsgruppen verstanden, welche in der Struktur des deutschen Versorgungssystems begründet ist.³²

Die sich aus der pränatalen Diagnostik ergebende Problematik lässt sich nur bedingt auf rechtlicher Ebene lösen. Während in Deutschland der Schwangerschaftsabbruch eine straffreie Selbstverständlichkeit ist,³³ zeigt

²⁷ Vgl. Horstkötter et al., 7.

²⁸ Der Begriff Vermittlung wird von den Akteuren unterschiedlich gefüllt. Einige beschränken sich auf das kurze Erwähnen, andere organisieren den Kontakt und Terminabsprache persönlich.

²⁹ Vgl. ebd., 7. Weitere Veröffentlichungen waren geplant, unter anderem zur Rolle der Hebamme im Beratungskontext. Eine schriftliche Anfrage hierzu blieb unbeantwortet. Vgl. Rost 2015, 45.

³⁰ Vgl. Feldhaus-Plumin 2005, 113; 291.

³¹ Vgl. Kuhn 2008, 20ff.; 49; 100ff.

³² Vgl. Rost 2015, 66f. Zur Schnittstellenproblematik vgl. auch Feldhaus-Plumin 2005, 37f. Dagegen beschreibt Baldus die Schnittstellenproblematik in einem anderen Kontext: Pränataldiagnostik „(...) interminiert an der Schnittstelle von reproduktiven Rechten sowie Freiheiten von Frauen und den Rechten von Menschen mit Behinderung.“ (Baldus 2006, 39.).

³³ Vgl. Ensel 2002, 152; 298. Vgl. Samerski 2011, 119; 166. Vgl. Schindele 1995, 298.

sich in Irland eine andere Situation: Hier ist der Abbruch illegal und das Weiterführen der Schwangerschaft die Norm – allerdings reisen 30% der Frauen zum Abbruch ins Ausland. In Uruguay lassen bei der Diagnose Down-Syndrom und Aneuploidien 90% der Frauen einen illegalen Abbruch durchführen.³⁴ Das lässt ahnen, dass in der philosophisch-ethischen Auseinandersetzung Werte und Normvorstellungen der Gesellschaft eine Rolle spielen, die für betroffene Frauen zu Konflikten führen.

2.2 Philosophisch-ethische Aspekte im Kontext der Pränataldiagnostik und Hebammenarbeit

2.2.1 Werte und Normen als theoretische Fundamente

Unerlässlich bei der Betrachtung der ethischen Aspekte im Kontext der pränatalen Diagnostik sind die Grundlagen des moralischen Handelns, wie sie in Kants kategorischem Imperativ zum Tragen kommen: „Handle so, dass die Maxime Deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte.“³⁵ Dabei sei es die Pflicht des Menschen, das Vernünftige und Moralische zu tun; was alleine zählt, sei das Handeln aus „gutem Willen“, um es als moralisch gut zu bewerten.³⁶

In seiner Mensch-Zweck-Formel wendet sich Kant gegen jede Instrumentalisierung des Menschen: „handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden Andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“³⁷ Danach steht jedem Menschen potentialiter die menschliche Würde zu. Allerdings wurde streitbar diskutiert, ab wann das menschliche Leben beginnt. Singer beschreibt hier in seiner „Praktische Ethik“ kontroverse Positionen.³⁸ Dagegen ist dieser Zeitpunkt für Spaemann nicht verhandelbar: „Es gibt nur ein zuverlässiges Kriterium für menschliche Personalität: die biologische Zugehörigkeit zur Menschheitsfamilie (...). Zu jedem Zeitpunkt ist es geboten, das was vom Men-

³⁴ Rost 2015, 45.

³⁵ Kant 1838, 141.

³⁶ Vgl. Jones/Müller 2003, 37.

³⁷ Kant 1838, 57.

³⁸ Vgl. Singer et al. 2010, 177-224.

schen gezeugt sich autonom auf eine erwachsene Menschengestalt hin entwickelt, als 'jemanden' zu betrachten, (...) nicht als 'etwas' (...).³⁹ Für die Medizinethik ist Kants Ansatz auch deshalb von Bedeutung, weil bestimmte gesetzlich nicht zu regelnde Ermessensspielräume moralisch nur unter den Prämissen der Selbstbindung und Empathie gestaltbar sind.⁴⁰ Die Prinzipien der Fürsorge (*beneficence*), des Nicht-Schadens (*non maleficence*) und der Gerechtigkeit (*justice*) sind schon im hippokratischen Eid festgehalten, werden von Beauchamp und Childress aber noch durch die Autonomie erweitert⁴¹ und bieten damit eine Basis für die moderne Medizinethik. Ergänzt wird diese Methode zur Auflösung ethischer Konflikte durch die fallorientierte Argumentation der Kasuistik.⁴²

Ein weiteres ethisches Modell haben Chervenak und McCullough 1985 entwickelt. Sie beschreiben dort die ärztliche Verpflichtung gegenüber den Interessen der Schwangeren und des Fötus in der Pränatalsituation. Hasenberg hat dieses Modell auf Hebammen übertragen und als besonderen Konfliktfall die autonomiebasierte Verpflichtung der Hebamme gegenüber der Schwangeren sowie die fürsorgebasierte Verpflichtung der Hebamme gegenüber dem Fötus herausgearbeitet.⁴³ In ihrer Arbeit bezieht sie sich vornehmlich auf die Situation des späten Schwangerschaftsabbruchs.

2.2.2 Utilitaristische Ansätze

In dem von Bentham und Mill begründeten Utilitarismus findet sich eine weitere ethische Theorie. Grundlage ist hier die Suche nach dem Glück und das Vermeiden von Leid, das heißt, „(...) dass moralisches Handeln so geartet sein soll, dass es für die größte Anzahl von Menschen die größte Freude verspricht.“⁴⁴ Die Aufrechnung eines möglichen Nutzens und der wahrscheinlichen Kosten wirft insbesondere im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik eine Vielzahl von Fragen auf. Kritik kommt hier sowohl von

³⁹ Spaemann 2001, 4.

⁴⁰ Vgl. Maier 2000, 11. Altmann versteht unter Empathie: „Leidenschaft, intensives Gefühl, (...) die Fähigkeit zu kogn[itiven]. Verstehen (.) und affektivem Nachempfinden der vermuteten Emotionen eines anderen Lebewesens.“ (Wirtz et al. 2017, 473.).

⁴¹ Vgl. Beauchamp/Childress 2009, 92ff.

⁴² Vgl. Jones/Müller 2003, 39.

⁴³ Vgl. Hasenberg 2012, 28ff. Diese unveröffentlichte Masterthesis wurde mir von Frau Dr. Loytved per Email vom 06.03.2017 zur Verfügung gestellt.

⁴⁴ Jones/Müller 2003, 33f.

Seiten der Behindertenverbände als auch der Sozialwissenschaften und Medizinethik selbst.⁴⁵ Ganz in utilitaristischer Tradition vertritt der zeitgenössische Präferenzutilitarist Singer die Position, dass selbst ein Infantizid zu rechtfertigen sei, „[w]enn das Leben eines Kindes so elend sein wird, dass es sich aus der inneren Perspektive des Wesens, das dieses Leben führen wird, nicht zu leben lohnt.“⁴⁶

Samerski beschreibt diese Entscheidungstechnologie der Kosten-Nutzen-Abwägung, die ihren Ursprung in der Ökonomie hat, als unmenschlich und absurd und macht auf den Preis aufmerksam, den vor allem die Frauen, aber letztendlich die ganze Gesellschaft dafür zahlt, der von den Ökonomen unberücksichtigt bleibt.⁴⁷ Sie verweist auf volkswirtschaftliche Untersuchungen, die die finanziellen Kosten der Fruchtwasseruntersuchung gegen Einsparungen aufrechnen, die gemacht werden, wenn ein Kind mit Down-Syndrom nicht lebend auf die Welt kommt.⁴⁸ Es ist anzunehmen, dass solche Berechnungen auch für die Diagnose *nicht lebensfähig* aufgestellt werden. Samerski nimmt auch Bezug auf Kant, der im Rahmen der Aufklärung 1784 dazu auffordert „(...) sich seines Verstandes ohne Anleitung eines anderen zu bedienen.“⁴⁹ Samerski erklärt weiter, dass diese Fähigkeit nichts mit dem expertengelenkten Selbstmanagement des 21. Jahrhunderts zu tun hat.⁵⁰ Ihrer Meinung nach fordert die Gen- und Risikoselektion die Schwangere im Rahmen des *managerial decision making* nicht nur dazu auf, „(...) ihre eigene Person zu verleugnen, sondern auch die Einzigartigkeit ihres kommenden Kindes.“⁵¹ In Verleugnung ihrer Subjektivität wird die Frau vom Genetiker zur Entmenschlichung dessen angehalten, was sie unter dem Herzen trägt.⁵² Viele Frauen empfinden die Entscheidung für einen pränatal diagnostischen Test gar nicht als freie Entscheidung, sondern als Pflicht.⁵³ Obwohl laut Schwangerschaftskonfliktgesetz eine ergebnisoffene Beratung seitens der Ärztinnen und Ärzte stattfinden soll, setzt sich der Druck nach positivem pränatalem Befund weiter fort, wie Sayn-Wittgenstein beschreibt:

⁴⁵ Vgl. Ensel 2002, 21ff.

⁴⁶ Singer et al. 2010, 236.

⁴⁷ Vgl. Samerski 2011, 109.

⁴⁸ Vgl. ebd., 166.

⁴⁹ Ebd., 170.

⁵⁰ Vgl. ebd., 120.

⁵¹ Samerski 2011, 120.

⁵² Vgl. ebd., 120.

⁵³ Vgl. ebd., 166.

„Aufgrund eigener Unerfahrenheit mit Behinderungen und Erkrankungen wird von ärztlicher Seite der Schwangerschaftsabbruch als einzige Konsequenz angeboten“⁵⁴ Dieser Einschätzung entspricht auch Schindele, die feststellt, dass bei infauster kindlicher Prognose das Austragen selten als mögliche Alternative thematisiert wird.⁵⁵ Hier spielt sicherlich auch eine Rolle „(...), dass die Ratio eine hohe gesellschaftliche Anerkennung genießt.“⁵⁶ So wollen Bioethiker durch rationale Handlungsanweisungen Zweifel und Ängste vertreiben und „(...) Nicht-Entscheidbares entscheidbar machen.“⁵⁷ Schindele beklagt, dass in einem solchen Menschenbild Lebenserfahrung, Intuition und Gemeinsamkeit keinen Platz mehr haben.⁵⁸

Die Situation des späten Schwangerschaftsabbruchs stellt einen grundlegenden Wertekonflikt auch für Hebammen dar. Ensel formuliert es so: „Das Dilemma der Frau ist das Dilemma der Hebamme.“⁵⁹ Einige Hebammen machen von ihrem Recht Gebrauch, die Teilnahme an einem Abbruch zu verweigern.⁶⁰ Gründe hierfür können unter anderem das Ablehnen der Mitverantwortung an einer genetischen Selektion sein.⁶¹ Eine andere Begründung kann die Tatsache sein, dass eine solche Aufgabe, zu der Hebammen nicht auch nicht ausgebildet sind, ihrem Berufsethos diametral entgegensteht.⁶² Wieder andere Hebammen fühlen sich in ihrer professionellen Identität verpflichtet, auch diesen Frauen bei der oft langwierigen „Geburt zum Tode“ Beistand zu leisten.⁶³ Während die verschiedenen Berufsgruppen, die sich in professionellem Kontext mit einer Ethik rund um die Pränataldiagnostik beschäftigen, eine eher kognitiv-abstrakte und theoretische Sichtweisen einnehmen, sind die Frauen und ihre Familien unmittelbar auf einer affektiven Ebene betroffen.

⁵⁴ Sayn-Wittgenstein 2007, 64.

⁵⁵ Vgl. Schindele 1995, 298. Vgl. Rost 2015, 55f; 167.

⁵⁶ Dörpinghaus 2013a, 105.

⁵⁷ Schindele 1995, 142.

⁵⁸ Vgl. ebd.

⁵⁹ Ensel 2002, 2.

⁶⁰ Vgl. Jones/Müller 2003, 129. Vgl. Ensel 2002, VII-XI.

⁶¹ Vgl. zu dieser Thematik die Ausführungen von Waldschmidt in Schindele 1995, 334-360. Vgl. Ensel 2002, 9; 230.

⁶² Vgl. ebd., XI; 8.

⁶³ Vgl. ebd., IXff.

2.2.3 Leiborientierter Ansatz

Um die Bedeutung einer Hebammenbegleitung nach infauster kindlicher Prognose in seiner Komplexität besser erfassen zu können, erscheint es sinnvoll, die eingangs beschriebenen philosophischen Ausführungen um einige Gedanken aus dem leibphänomenologischen Ansatz zu ergänzen.⁶⁴ Die Leibphänomenologie kann als theoretischer Hintergrund der originären Hebammenarbeit verstanden werden, die sich einem partnerschaftlichen, empathischen, salutogenetischen, ressourcenorientierten und psychosomatischen Betreuungskonzept verpflichtet weiß, ohne hierfür eine theoretische Fundierung darzulegen.⁶⁵

Die von Schmitz begründete Leibphilosophie versucht den Menschen und seine Beziehung zu Mitmenschen und der Welt „vom Leibe her“ zu fassen und steht im Kontrast zur Rationalitätsbetonung.⁶⁶ Der Leib steht hier für alles Spürbare in Abgrenzung zum Begriff des Körpers, der gesehen, berührt, empfunden und vermessen werden kann.⁶⁷ Dörpinghaus definiert den Leib als das, „(...) was sich mir aufdrängt, was mich betroffen macht. Es ist ein phänomenal Gegebenes und entzieht sich meiner Willkür.“⁶⁸ Daher sind „(...) Leib und Subjektivität untrennbar miteinander verbunden.“⁶⁹ Weiter beschreibt Dörpinghaus: „Bei der affektiven Betroffenheit stehen die subjektiven Tatsachen – in Abgrenzung zu den objektiven Tatsachen – im Vordergrund.“⁷⁰ Mit dem Affektiven ist auch das Pathische gemeint, das eine Person „(...) etwas in Anspruch nimmt“⁷¹, denn im leiblichen Spüren ist das pathische Moment enthalten, das über den leiblichen Eindruck entsteht.⁷² Der leibgebundene Charakter des pathischen Moments wohnt jeder Sinnesempfindung inne.⁷³

⁶⁴ Die leibphänomenologischen Grundlagen können in dieser Arbeit nicht in Gänze dargestellt werden, daher ist dieser Abschnitt auf einige im Hebammenkontext besonders relevante Aspekte beschränkt. Weitere Erläuterungen erfolgen in der praktischen Bestandsaufnahme.

⁶⁵ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 78. Vgl. Sayn-Wittgenstein 2007, 17.

⁶⁶ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 115.

⁶⁷ Vgl. ebd., 113.

⁶⁸ Ebd. Als Phänomen werden Begebenheiten verstanden, die sich mir an mir selbst zeigen und denen ich mich nicht entziehen kann. (Vgl. Dörpinghaus 2013b, 115.).

⁶⁹ Ebd., 16.

⁷⁰ Ebd., 111. Vgl. Schmitz 2015, 158.

⁷¹ Dörpinghaus 2017, 8 (unveröff. Skript).

⁷² Vgl. ebd.

⁷³ Vgl. Fuchs 2000, 60.

Die Leibphänomenologie beschäftigt sich mit den Phänomenen des Leibes; für Fuchs ist ein Phänomen etwas, das für jemand erscheint.⁷⁴ Da sich leibliche Regungen im vorsprachlichen Bereich bewegen, kann das Alphabet der Leiblichkeit beim Übersetzten in Sprache hilfreich sein.⁷⁵ Es vereint Polaritäten wie Enge und Weite, Spannung und Schwellung, epikritische und protopathische Tendenzen ebenso eine Rolle wie Richtung, Rhythmus und Intensität in sich.⁷⁶ Diese Begriffe erfassen und beschreiben leibliche Regungen und setzen sie in Beziehung zueinander.⁷⁷ Besonders im Erleben von Angst und Schmerz, Empfindungen, die nach infauster pränataler Diagnose einen großen Stellenwert haben, besteht nach Schmitz die paradigmatische Erfahrung von leiblicher Existenz.⁷⁸ Praxisrelevant ist auch die leibliche Kommunikation nach Schmitz, die durch die Teilhabe an der Leiblichkeit anderer geschieht und deren Kanäle unter anderem Blick, Stimme und Berührung (Händedruck) sind;⁷⁹ sowie der Begriff der Atmosphären, die hier nicht im meteorologischen Sinne verstanden werden, sondern als Gefühlsmächte, von denen der Mensch ergriffen, umhüllt oder angesteckt wird.⁸⁰ Schmitz bezeichnet Atmosphäre als „(...) die Besetzung eines flächenlosen Raums oder Gebiets im Bereich erlebter Anwesenheit.“⁸¹ Den Leib sieht Schmitz als die Empfangsstation für Atmosphären, der auf diese zurückwirkt.⁸² Für Böhme hingegen sind Atmosphären etwas, das geschaffen werden kann, das von sowohl Dingen als auch von Menschen und deren Konstellation ausgeht.⁸³

⁷⁴ Vgl. ebd., 27.

⁷⁵ Vgl. Dörpinghaus 2013a, 92ff.

⁷⁶ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 55f.

⁷⁷ Vgl. Uzarewicz/Uzarewicz 2005, 91f.

⁷⁸ Vgl. Fuchs 2000, 75. Fuchs bezieht sich hier auf Schmitz. (Vgl. Schmitz 1985, 71-106.).

⁷⁹ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 73f. Die leibliche Kommunikation nach Schmitz beinhaltet noch weitere Faktoren wie die Ein- und Ausleibung und das In-den-Bann-Geraten durch leibliche Regungen oder Gefühle, die durch die Polaritäten von Enge und Weite geprägt sind. (Vgl. ebd.). Vgl. auch Schmitz/Gausebeck 1992, 13.

⁸⁰ Vgl. Uzarewicz/Uzarewicz 2005, 105; 106.

⁸¹ Schmitz 2016, 30.

⁸² Vgl. ebd., 11.

⁸³ Vgl. Böhme 1995, 33.

Existentielle Situationen und Selbstbestimmung

Im diesem Zustand des affektiven Betroffenseins, ausgelöst durch leibliche Regungen und Gefühle,⁸⁴ soll die Schwangere dann „(...) eine selbstbestimmte und rationale Entscheidung (...)“⁸⁵ aufgrund objektiver Tatsachen (diagnostischer Befund oder bildgebende Verfahren wie Ultraschall) treffen. Rost bezweifelt, dass eine „informed choice“ in einer solchen existentiellen Frage überhaupt möglich ist.⁸⁶ Die Existentialität der Erfahrung von Schwangerschaft und Geburt beschreiben auch andere Autoren eindrücklich.⁸⁷

Wie sehr sich betroffene Frauen existentiell berührt und ergriffen fühlen, wird in den von Rost geführten Interviews im Kontext der positiven pränatalen Diagnosemitteilung deutlich. Eine Frau vergleicht die Heftigkeit des Erlebens mit der Vorstellung der Momente vor ihrem eigenen Sterben.⁸⁸ Andere Frauen beziehen sich in der Beschreibung dieser Situation auf existentielle Ereignisse wie die Zerstörung durch Naturkatastrophen und verwenden dabei Metaphern wie Erdbeben oder das Zusammenbrechen der Welt.⁸⁹ Der Naturbegriff findet sich ebenfalls in anderen Zusammenhängen wie dem Entscheidungsprozess des Weiterführens der Schwangerschaft wieder: die Rückbesinnung auf die eigene Haltung als ein „sehr natürlicher Mensch“ oder „der Natur ihren Lauf lassen“.⁹⁰ Auch Böhme bezieht sich auf die Natur und unterscheidet in seiner kritischen Betrachtung der technischen Zivilisation zwischen dem Gegebenen und dem Gemachten.⁹¹

Als gegeben bezeichnet er die Natur, die wir selbst sind; der Leib und seine Konstitution.⁹² Böhme legt dar, dass auch die Haltung des Machens im medizinischen Kontext auf die Basis des Gegebenen zurückgreifen muss.⁹³ Während die Natur von der Medizin gefügig gemacht werden soll,⁹⁴ geht

⁸⁴ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 70.

⁸⁵ Rost 2015, 347.

⁸⁶ Vgl. ebd., 347.

⁸⁷ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 9. Vgl. Ensel 2002, X; 152f. Vgl. Schindele 1995, 292; 326.

⁸⁸ Vgl. Rost 2015, 157.

⁸⁹ Vgl. ebd., 169.

⁹⁰ Vgl. ebd., 177, 182, 249. Rost weist in diesem Zusammenhang auf die feinen Nuancen in der Unterscheidung der Ausdrucksweise hin: „der Natur ihren Lauf lassen“ impliziert ihrer Ansicht nach, jemand seinem Leiden zu überlassen, wohingegen „dem Kind seine Zeit lassen“ das Kind als Person mit eigenem Schicksal bezeichnet (vgl. ebd., 250.).

⁹¹ Vgl. Böhme 2010, 140ff.

⁹² Vgl. ebd., 146.

⁹³ Vgl. ebd., 146.

⁹⁴ Vgl. Maio 2015, 13.

Böhme hier auf Distanz und nimmt kritisch Bezug, indem er die Frage stellt, ob der Versuch des Menschen, das Gegebene in das Gemachte zu verwandeln, nicht „(...) mit einem Verlust an Humanität erkaufte wird.“⁹⁵

Der Mythos der Machbarkeit⁹⁶ weckt in vielen Frauen Hoffnung auf Heilung ihres Kindes, verbinden sie mit Pränataldiagnostik meist das Gefühl von Sicherheit und Machbarkeit und müssen dann feststellen, dass Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten in äußerst begrenztem Maße zu Verfügung stehen.⁹⁷ Die Frauen haben die Chance, sich für oder gegen das Weiterführen der Schwangerschaft zu entscheiden, das nichtsteuerbare Auftreten der Fehlbildung an sich ist Teil eines Schicksals, das „(...) als Gesamtheit der Vorgaben nach wie vor das ganze Leben bestimmt.“⁹⁸ In vielen Bereichen ist es der Medizin gelungen, „(...) das einst Schicksalhafte planbar, beherrschbar und kontrollierbar zu machen.“⁹⁹ Maio bezieht sich auf die Erfolge der Medizin und den unbezweifelbaren Segen, den sie für den Menschen darstellen, mahnt aber gleichzeitig, sich an die Grenze der Machbarkeit zu erinnern und zwischen dem zu unterscheiden, was zu ändern ist, und dem, was als gegeben zu akzeptieren wäre.¹⁰⁰

Auch in der schicksalhaften Situation nach positiver Pränataldiagnose wird gesundheitspolitisch das Selbstbestimmungsrecht der Frauen sehr hoch bewertet, für Ensel heißt das aber auch, „(...) den Frauen alle Möglichkeiten zu eröffnen und ihnen die notwendige Stärkung und Unterstützung zur Verfügung zu stellen, damit sie tatsächlich ihren eigenen Weg wählen und gehen können.“¹⁰¹ Der feministische Selbstbestimmungs-Konsens kann hier nicht unkritisch übertragen werden und würde deutlich zu kurz greifen, denn in den Fällen einer positiven Pränataldiagnostik geht es um eine bereits angenommene Schwangerschaft, in deren Verlauf eine Untersuchung zum vermeintlichen Wohl des Kindes vorgenommen wird.¹⁰² Was Selbstbestimmung auch heißen kann, zeigt Baumgarten in ihrem Dokumentarfilm „Mein

⁹⁵ Großheim/Kluck 2010, 142.

⁹⁶ Vgl. Böhme 2010, 146. Vgl. Maio 2015, 10. Vgl. Rost 2015, 69. Vgl. Schindele 1995, 326; 329.

⁹⁷ Vgl. Ensel 2002, X. Vgl. Gugutzer et al. 2017, 219. Vgl. Rost 2015, 69; 181. Vgl. Schindele 1995, 328.

⁹⁸ Maio 2015, 10.

⁹⁹ Ebd., 12.

¹⁰⁰ Vgl. ebd., 10ff.

¹⁰¹ Ensel in Rost 2015, 12.

¹⁰² Vgl. Achtelik 2016, 44.

kleines Kind“, in dem sie kritisch hinterfragt, warum ihr nicht lebensfähiges Kind in die Hände eines Mediziners gehört und nicht in ihre eigenen.¹⁰³ Seinsbedingungen wie Angewiesenheit und Verletzlichkeit, wie sie von Dörpinghaus im Geburtsgeschehen beschrieben werden, lassen auch in einer existentiell bedeutsamen Situation wie der Entscheidungsfindung für oder gegen das Austragen eines nicht lebensfähigen Kindes die Selbstbestimmung der Frau brüchig und widersprüchlich erscheinen.¹⁰⁴ Verletzbarkeit kann hier als wichtiger Bestandteil der *conditio humana* gefasst werden.¹⁰⁵ Die philosophisch-ethischen Diskurse sind nicht zu trennen von professionstheoretischen Ansätzen sowie dem Erleben professioneller Identität in der Praxis des Hebammenwesens.

2.3 Professionstheoretischer Ansatz des Hebammenwesens

Wurden die gesetzlich geregelten Befugnisse der Hebamme schon unter Kapitel 2.1 beschrieben, soll im Folgenden auf Arbeitsformen, professionelle Identität der Hebamme und die Charakteristik des Hebammenwesens eingegangen werden und somit eine Hinleitung zur Fragestellung der praktischen Bestandsaufnahme erfolgen.

Der deutsche Hebammenverband (DHV) beschreibt die Arbeit der Hebamme als eine achtsame Betreuung vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit und betont damit den gesellschaftlich relevanten Beitrag zur Frauen- und Familiengesundheit, da durch eine kompetente Hebammenbegleitung das zukünftige gesundheitliche Wohlergehen von Mutter und Kind gestärkt wird.¹⁰⁶ Diese Arbeit findet unter verschiedensten Rahmenbedingungen statt, auch in Kombination von angestellter und freiberuflicher Tätigkeit:

- angestellt im Krankenhaus in der klinischen Geburtshilfe, auf der pränatalen oder Wochenbettstation, in der Ambulanz, dem Familienzentrum oder der Elternschule.

¹⁰³ Vgl. Baumgarten/Tuchtenhagen 2012, DVD.

¹⁰⁴ Vgl. Dörpinghaus 2016, 69. Vgl. Butler 2016, 2. Vorlesung: Laut Butler ist Verletzlichkeit nicht als Defizit zu sehen, sondern birgt vielmehr das Potential zum Widerstand im gesundheitspolitischem Kontext.

¹⁰⁵ Vgl. Landweer/Marcinski 2016, 20.

¹⁰⁶ Vgl. Deutscher Hebammen Verband e.V., Beruf Hebamme.

- freiberuflich in Hebammen- oder Hebammengemeinschaftspraxen, in Geburtshäusern, als Hebamme im Belegschaftssystem, in Arztpraxen
- als Familienhebamme, in Projektarbeiten, in sozialen Bereichen, in Institutionen des Gesundheitswesens, im Berufsverband und seit einiger Zeit auch in Forschung und Wissenschaft sowie an Universitäten und Fachhochschulen.¹⁰⁷

Bei aller Diversität liegen der Arbeit der Hebamme Leitgedanken zu Grunde, die all diese Bereiche betreffen. Sie wurden vom internationalen Hebammenverband ICM 2005 formuliert.¹⁰⁸ Aus diesen Leitgedanken lassen sich bestimmte Kernaspekte für die praktische Umsetzung herausarbeiten wie beispielsweise der das Selbstvertrauen und die Autonomie der Frauen fördernde, stärke und unterstützende Charakter der Hebammenarbeit, das respektvolle Vertrauensverhältnis zwischen Hebamme und Frau sowie die Bedeutung der Beratungstätigkeit.¹⁰⁹

Die Schwierigkeiten bei der Implementierung in die Praxis werden von zahlreichen Autor*innen beschrieben. An dieser Stelle soll exemplarisch auf drei kritische Punkte aus den Leitgedanken genauer eingegangen werden:

1. Hebammen verstehen die Geburt als normalen, physiologischen Prozess, dennoch lag die Kaiserschnittquote 2015 bei 31,1%.¹¹⁰ Ensel sieht als eine Ursache hierfür den zunehmenden Einsatz von Technologie in der Schwangerschaft, den Mangel an Zeit, personellen Ressourcen sowie ökonomische Aspekte.¹¹¹
2. Eine persönliche, kontinuierliche, partnerschaftliche und antiautoritäre Hebammenbetreuung ist durch die fehlenden räumlichen und personellen Bedingungen oft nicht gewährleistet. Die Fragmentierung vor, während und nach der Geburt ist hier die Regel.¹¹²
3. Die Frau soll die erste Entscheidungsträgerin bezüglich ihrer Betreuung sein. Das setzt voraus, dass die Frau tatsächlich eine Wahlmöglichkeit hat bezüglich der Betreuungsform während der Schwangerschaft und im Hinblick auf die freie Wahl des Geburtsortes. Die Schwangerenvorsorge wird heute allerdings nur in geringem Umfang von Hebammen durchgeführt,

¹⁰⁷ Vgl. Stiefel/Ahrendt 2013, 16ff.

¹⁰⁸ Rat (Council) des ICM 2005, 1. Siehe auch Anhang 3 dieser Arbeit.

¹⁰⁹ Vgl. ebd., 1.

¹¹⁰ Vgl. Das Statistische Bundesamt 2016, 1.

¹¹¹ Vgl. Ensel 2006, 242.

¹¹² Vgl. Sayn-Wittgenstein 2007, 21.

eine flächendeckende Versorgung mit der Möglichkeit einer außerklinischen Geburt ist nicht gegeben.¹¹³ Die Haftpflichtproblematik trägt zur Verschärfung dieses Problems bei.¹¹⁴ Wegen des Hebammenmangels ist es in vielen Gebieten ohnehin schwer, überhaupt eine Hebamme zu finden.¹¹⁵ Der Aufgabenbereich der Hebamme wird im Rahmen eines salutogenetischen, ressourcenorientierten Betreuungsmodells um den Aspekt der Prävention, (im Sinne einer primären Prävention in Abgrenzung zur risikoorientierten sekundären Prävention) und des Empowerment erweitert; dabei wird auf Eigenverantwortlichkeit gesetzt.¹¹⁶ In dem von Sayn-Wittgenstein entworfenen Betreuungsbogen wird die Kontinuität dargestellt, hier ist auch die Familienplanung mit inbegriffen.¹¹⁷

Hebammenberuf als Beziehungsberuf

Die Hebamme übt einen Beziehungsberuf aus, für den eine Vertrauensbildung als unerlässliche Grundlage gilt.¹¹⁸ Eine humanistische, personenzentrierte Grundhaltung gilt als Basis für eine empathische, wertschätzende, authentische und kongruente Beziehung.¹¹⁹ Hier ist das „(.) Einlassen auf eine partnerschaftliche soziale Beziehung und deren Pflege ein entscheidendes Merkmal der Hebamme in Abgrenzung zur Medizin.“¹²⁰

Sinnliche und leibliche Wahrnehmung als wichtige Komponenten

Taktil-kinästhetische Berührung als Instrument stellt zudem eine vertrauensbildende Maßnahme dar und unterstützt und fördert gleichzeitig Gesunderhaltung und den Beziehungsaufbau von Mutter und Kind.

¹¹³ Vgl. ebd., 84f.

¹¹⁴ Vgl. Deutscher Hebammen Verband e. V. 2017a, Fakten & Infos.

¹¹⁵ Vgl. Deutscher Hebammen Verband e. V. 2017b, Landkarte der Unterversorgung. Vgl. Stahl 2016, 16ff.

¹¹⁶ Vgl. Sayn-Wittgenstein 2007, 17. Vgl. Schäfers 2010, 1f.; 17. Empowerment wird als eine Strategie beschrieben, „(...) die Stärken zugänglich machen und damit die Bewältigung komplexer Lebenssituationen für das Individuum erleichtern soll.“(Ebd., 17.).

¹¹⁷ Vgl. Sayn-Wittgenstein 2007, 24. Betreuungsbogen, siehe Anhang 2.

¹¹⁸ Vgl. Ahrendt 2013, 33. Vgl. Sayn-Wittgenstein 2007, 37f.

¹¹⁹ Vgl. Ahrendt 2013, 33.

¹²⁰ Sayn-Wittgenstein 2007, 39. Sayn-Wittgenstein bezieht sich dabei auf Wilkins 2000 und Wimmer-Puchinger/Schmidt 1993.

„Taktil-kinästhetische Wahrnehmungen im Sinne eines Kontinuums ‘Fühlen-Tasten-Begreifen’ generiert in diesem Sinne eine andere Form von Wissen.“¹²¹ Hier steht die leiblich-sinnliche Wahrnehmung im Kontrast zur instrumentell-technischen Diagnostik der klinischen Versorgung, die selbst, wenn sie durch Tasten durchgeführt wird objektive Parameter zugrunde legt.¹²² Maio beschreibt als Erweiterung von objektivierbarem Faktenwissen implizite Wissensformen wie Erfahrungswissen, Situationswissen, Beziehungswissen und Interaktionswissen als Essenz der Hebammenkunst.¹²³

Lebenspraxis versus Technisierung

Die Hebamme ist auch Expertin lebensweltlichen Wissens, ihre Erfahrung war, geschichtlich gesehen, im Wesentlichen in der Lebenspraxis angesiedelt.¹²⁴ Im Zuge der Technisierung der Geburtshilfe, deren Erfolge nicht bestritten werden sollen, wird der Verlust des originären Wissens von Geburt im biographischen Zusammenhang und der Einbindung in soziale Lebensvollzügen beklagt.¹²⁵ Böhme stellt die Frage, „(...) ob der Verlust lebensweltlichen Wissens von der Geburt nicht Hohlräume hinterlassen hat, die durch wissenschaftliches Wissen nicht aufzufüllen sind.“¹²⁶ Sayn-Wittgenstein fordert in diesem Kontext neue Ausbildungsbedingungen für werdende Hebammen.¹²⁷ Dem schließt sich Dörpinghaus an, die ebenfalls die Vorteile der medizinisch-technischen Entwicklung betont und darauf hinweist, dass die Ausbildung im Hebammenwesen sich „(...) ausführlich und gründlich mit der objektiven Welt, ihren mathematischen Strukturen und Befunden auseinandersetzen muss.“¹²⁸ Dass die Auszubildenden die technischen Möglichkeiten einer intensivmedizinischen Betreuung kennen und beherrschen müssen, sind ebenso vorauszusetzen wie deren methodisch-

¹²¹ Sayn-Wittgenstein 2007, 39.

¹²² Ebd., 39.

¹²³ Vgl. Maio 2016, 968. (Anmerkung d. V.: Veröffentlichung im Hebammenforum 9/2016 ohne Quellenachweis).

¹²⁴ Vgl. Böhme 1993, 44ff.

¹²⁵ Vgl. ebd., 32f.

¹²⁶ Vgl. ebd., 19; 33. Böhme bezeichnet im persönlichen Emailkontakt vom 03.05.2017 den „Hohlraum“ als eine metaphorische Ausdrucksweise, die er auch als „Leerstelle“ benennen könnte. Er nennt es eine Täuschung, wenn man glaubt, dass das, was die alten Hebammen wussten und leisteten durch wissenschaftliche Methoden ersetzt werden könnte; es entsteht ein leerer Raum, der nicht mehr gefüllt wird.

¹²⁷ Vgl. Sayn-Wittgenstein 2007, 25.

¹²⁸ Dörpinghaus 2013b, 32.

kritische Würdigung. Nur kann das alleine als Ausbildungsperspektive nicht ausreichen.¹²⁹

Bedeutung der Fürsorge

Das Handeln und Selbstverständnis der Hebamme ist auf Unterstützung, Begleitung, Förderung, Beratung und Anleitung der Frau, ihres Kindes und des Partners ausgerichtet. Dabei übernimmt die Hebamme im Geburtsverlauf „(...) eine betreuende und sorgende Doppelfunktion für Mutter und Kind. Diese Doppelfunktion liegt in der existenziellen Bedrohung zweier fürsorgebedürftiger Personen begründet.“¹³⁰

Aufgaben und Tugend

Zu den Aufgaben der Hebamme gehört es damit, Frauen und Familien vor körperlichen und seelischen Schäden zu schützen.¹³¹ Vielfach wird ihre Arbeit durch das Prinzip des primär abwartenden Verhaltens und der gekonnten Nichtintervention ausgezeichnet.¹³² Als eine Tugend der Hebammen wurde traditionell, zumindest noch Mitte der 1960er Jahre, die „(...) Geduld (...) im Sinne von Wartenkönnen, [als] ... teilnehmendes Begleiten und kontrollierendes Beobachten der Vorgänge“ bezeichnet.¹³³ Loytved beschreibt eine geduldige Hebamme als „(...) eine Frau, die Zeit hat, die zuhören und abwarten kann.“¹³⁴

Rolle und Erwartungen

Die Rolle der Hebamme ist auf der einen Seite abhängig von den Erwartungen, die sie an sich selbst stellt, basierend auf ihrer Persönlichkeitsstruktur, der eigenen Biographie, eigener Normen und Werte, Ideale und ihrer beruflichen Motivation. Auf der anderen Seite werden umfangreiche, gesellschaftliche und professionelle Erwartungen an sie gestellt, denen sie ge-

¹²⁹ Vgl. ebd., 32.

¹³⁰ Ebd., 23.

¹³¹ Vgl. Hochhausen 2015, 12.

¹³² Vgl. Dörpinghaus 2013b, 24. Der Begriff der gekonnten Nichtintervention wurde 1998 durch die Historikerin Barbara Duden geprägt; vgl. hierzu Sayn-Wittgenstein 2007, 19.

¹³³ Loytved 2004, 19f.

¹³⁴ Ebd., 18.

recht werden muss; dies kann zu nicht unerheblichen Rollenkonflikten führen.¹³⁵ Diese stehen auch im Zusammenhang mit vorhandenen Machtstrukturen im Medizin- und Reproduktionssystem, denen sowohl Hebammen als auch Schwangere ausgesetzt sind und die letztendlich als frauengesundheitspolitische Angelegenheit betrachtet werden müssen.¹³⁶

Beziehungsgestaltung und Kommunikation

Einen hohen Stellenwert in der Beziehungsgestaltung zwischen Hebamme und Frau nimmt die Kommunikation ein. Bei den klassischen Konzepten werden hier die verbale, paraverbale (in Form von Stimmlage, Sprachmelodie und -tempo, Lautstärke) als auch die nonverbale Kommunikation benannt. Ahrendt versteht unter nonverbaler Kommunikation beispielsweise Mimik, Gestik, Körperhaltung, Nähe und Distanz, Augenkontakt, Pünktlichkeit oder auch die Art der Kleidung.¹³⁷ Andere Autoren erweitern diesen Begriff im Sinne von taktiler Kommunikation oder der leibphänomenologischen leiblichen Kommunikation nach Schmitz.¹³⁸

Abschließend kann man sagen, dass es für den Hebammenberuf ein professionsethisches Fundament gibt, dem eine rein technisch-klinische Ausbildung ebenso wenig gerecht würde wie eine allein akademische.

3 Praktische Bestandsaufnahme

Entscheidet sich eine Frau zum Weitertragen der Schwangerschaft nach infauster pränataler Diagnose, gibt es eine Vielzahl von professionellen Akteur*innen, die zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlicher Intensität mit der Frau, ihrem Partner und dem Kind in Kontakt kommen:

Gynäkolog*innen, Pränataldiagnostiker*innen, Humangentiker*innen, Pädiater*innen, Anästhesist*innen, Palliativmediziner*innen, Kinderkrankenschwester und -pfleger – um einige der medizinischen Fachleute zu nennen. Hinzu kommen psychosoziale Berater*innen, Seelsorger*innen und

¹³⁵ Vgl. Ahrendt 2013, 33ff.

¹³⁶ Vgl. Ensel 2002, 6f.

¹³⁷ Vgl. Ahrendt 2013, 39f.

¹³⁸ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 73; 81.

Bestatter*innen. In der Anzahl der Akteur*innen spiegelt sich die Komplexität der gesamten Situation wieder, in der es zu Überschneidungen und Konkurrenzen kommen kann.¹³⁹ Hebammen stellen also eine von vielen Säulen in der Betreuung und Begleitung dar, und eine gute Kooperation, Vernetzung und Absprache untereinander ist wünschenswert für die Unterstützung der Familien. Rost weist darauf hin, dass bisher nicht untersucht wurde, ob dies auch zu einer größeren Zufriedenheit der Familien führt.¹⁴⁰ Englischsprachige Studien von Labey oder Chitty bestätigen allerdings die positiven Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit auch für die betroffenen Eltern.¹⁴¹

Dem überwiegend positiven, vielleicht idealisierten Bild, das von der Hebammenbegleitung bisweilen entstanden sein mag, stehen allerdings einige andere Erfahrungen gegenüber, die in der Fachliteratur beschrieben werden: So verweist Ensel darauf, dass Hebammenkontakt auch verunsichern kann, wenn es nicht gelingt, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen¹⁴², bei Feldhaus-Plumin finden sich in Interviews Begriffe wie inkompetent, nicht vertrauenswürdig oder überfordert.¹⁴³ Als negativ empfunden wurde unsensibles und abwertendes Verhalten der Hebamme¹⁴⁴ oder Machtdemonstration, beispielsweise wenn es darum geht, das verstorbene Kind noch einmal sehen zu dürfen.¹⁴⁵

Da in dieser Arbeit der Aspekt der Hebammenbegleitung in einer besonderen Situation im Fokus steht, sollen zunächst die Begriffe Begleiten und Betreuen erläutert werden.

3.1 Begriffsklärung: Begleiten und Betreuen

Die meisten Autor*innen verwenden die Begriffe Begleiten und Betreuen ohne explizierte Differenzierung derselben. Oft ergibt sich aus dem Kontext, welche Bedeutung dem jeweiligen Begriff zugeordnet wird, wobei dem Betreuen das Begleiten inhärent zu sein scheint. Sayn-Wittgenstein spricht

¹³⁹ Zur Schnittstellenproblematik vgl. Rost 2015, 66f.

¹⁴⁰ Vgl. Rost 2015, 68.

¹⁴¹ Vgl. Chitty et al. 1996, 478ff. Vgl. Labey 2015, 30ff.

¹⁴² Vgl. Ensel 2002, 5.

¹⁴³ Vgl. Feldhaus-Plumin 2005, 125; 250.

¹⁴⁴ Vgl. Chitty et al. 1996, 479.

¹⁴⁵ Vgl. Rost 2015, 320.

beispielsweise von einem salutogenetischen und ressourcenorientierten Betreuungsansatz.¹⁴⁶

Ensel verwendet hingegen die Bezeichnung „professionellen Beistand“ ebenso wie „Betreuung“.¹⁴⁷ Dörpinghaus und Schröter beschreiben 2005 die Doppeltätigkeit der Hebamme wie folgt: Begleiten als passives Element bedeutet, „(...) den gesamten physiologischen Vorgang in den jeweiligen Phasen von Seiten der Hebamme zuzulassen, auszuhalten und einführend zu verstehen.“¹⁴⁸ Begleiten korrespondiert damit eher mit der traditionellen Tugend des teilnehmenden Warten-Könnens. Dörpinghaus erweitert den Begriff des Begleitens um die leibtheoretische Perspektive.¹⁴⁹

Betreuen hingegen wird als die aktive Seite der Hebammenarbeit bezeichnet, in der die Durchführung von Handlungen und Maßnahmen im Vordergrund stehen.¹⁵⁰

Die Bedeutung der Hebammenbegleitung nach infauster pränataler Diagnose soll nun anhand des Phasenmodells nach Rost erläutert werden.

In ihrer 2015 veröffentlichten Arbeit interviewte Rost zwanzig Frauen zu ihren Erfahrungen und ihrem Erleben der Schwangerschaft nach infauster pränataler Diagnose. Dies ist bisher die einzige qualitative Untersuchung dieser Art im deutschen Kontext. Die Forscherin legt hier ein konstruktivistisches Forschungsparadigma sowie eine feministische Standpunkttheorie zu Grunde.¹⁵¹ Erwähnenswert ist dabei der hohe Anteil von geplanten außerklinischen Geburten, der möglicherweise durch den Zugang zu den Teilnehmerinnen durch freiberufliche Hebammen zu erklären ist. Rost orientiert sich im Laufe ihrer empirischen Untersuchung an dem von ihr entwickelten Phasenmodell.¹⁵² Dabei sind die Übergänge oft fließend und die Zeitspannen der Phasen sehr unterschiedlich, so gibt es Frauen, die relativ früh eine gesicherte Diagnose haben, andere durchleben die gesamte Schwangerschaft mit einer Verdachtsdiagnose, bei einigen ändert sich die Prognose noch im Verlauf oder auch nach der Geburt.

¹⁴⁶ Vgl. Sayn-Wittgenstein 2007, 17; 23f.

¹⁴⁷ Ensel 2002, IX.

¹⁴⁸ Dörpinghaus/Schröter 2005, 209.

¹⁴⁹ Vgl. Dörpinghaus 2013a, 163.

¹⁵⁰ Vgl. Dörpinghaus/Schröter 2005, 209.

¹⁵¹ Vgl. Rost 2015, 71f.

¹⁵² Vgl. ebd., 123.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse von Rost die Bedeutung einer professionstheoretisch gestärkten Hebammenbegleitung bei infauster pränataler Diagnose konkretisieren.

3.2 Phasenmodell nach Rost

Der theoretische Charakter des Phasenmodells verweist zwar auf abstrakte Erkenntnisse, die aber aus dem Interviewmaterial entnommen und als Orientierungshilfe für die Praxis zu verstehen sind.

3.2.1 Weg zur Diagnose

Der Weg zur Diagnose beginnt größtenteils nach einer kurzen Zeit der guten Hoffnung mit einem Verdachtsbefund durch Ultraschall in der Frauenarztpraxis. Folgeuntersuchungen finden dann in Spezialpraxen oder pränataldiagnostischen Zentren in einem anonymen Rahmen statt. Die Wartezeit bis zur endgültigen Diagnose, in der die meisten Frauen sich auf sich selbst gestellt fühlen, wird als betreuungsfreier Zeitraum mit wenig emotionaler Unterstützung beschrieben.¹⁵³ Da sich ein Großteil der Frauen in rein ärztlicher Schwangerenvorsorge befindet, besteht meistens noch kein Kontakt zur Hebamme. Eine Ausnahme stellen Frauen dar, die auf Grund vorangegangener Schwangerschaften schon positive Erfahrungen mit Hebammen gehabt haben oder sich im Vorfeld für eine außerklinische Geburt entschieden haben.¹⁵⁴ In diesem Zusammenhang ist ein Blick über die Grenzen lohnenswert: In England sind Hebammen diejenigen, die Schwangere über Pränataldiagnostik informieren, auf Wunsch mit ihnen verschiedene Möglichkeiten und Konsequenzen besprechen und bei auffälligem Befund an eine spezialisierte Hebamme weitervermitteln.¹⁵⁵

Für diejenigen Frauen, die schon auf dem Weg zur Diagnose die Gelegenheit haben, eine vertrauensvolle Beziehung zu einer Hebamme aufzubauen, geht es darum, in ihrer gesamten Lebenssituation wahrgenommen

¹⁵³ Vgl. ebd., 138; 148.

¹⁵⁴ In der außerklinischen Geburtshilfe fand 2015 der Erstkontakt zur Hebamme in 53,3% vor der 15. Schwangerschaftswoche statt. Vgl. QUAG - Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. 2017, 25.

¹⁵⁵ Vgl. Labey 2015, 31.

sowie in ihrer Persönlichkeit und ihrem Erleben respektiert zu werden. Dies erfolgt in der kontinuierlichen Begleitung nicht nur mental, sondern auch durch Berührung auf verschiedenen Ebenen, sei es emotional, haptisch oder als leibliches Einlassen.¹⁵⁶

Diese schon in der frühen Phase der Schwangerschaft entstandenen Beziehungsqualitäten zwischen Schwangerer und Hebamme dienen dann als Basis für den weiteren Verlauf durch die folgenden Phasen. Eine frühe und möglichst kontinuierliche Begleitung durch eine Vertrauensperson wird als unterstützend und hilfreich wahrgenommen.¹⁵⁷

Das erste Zusammentreffen der Hebamme mit der Schwangeren findet hier entweder in der Hebammenpraxis oder als Hausbesuch bei der Frau selbst statt. Letzteres hat den großen Vorteil, dass die Hebamme in die Lebenswelt der Frau eintritt und somit einen Zugang auf einer anderen, persönlicheren Ebene bekommt, indem sie die Frau, eventuell auch ihren Partner, andere Kinder und Familienmitglieder kennenlernen kann. Die regelmäßige aufsuchende Tätigkeit der Hebamme ist im deutschen Gesundheitswesen heute ein Alleinstellungsmerkmal von hoher Bedeutsamkeit.¹⁵⁸

Das gründliche Erheben einer Anamnese dient in diesem Zusammenhang in erster Linie nicht dem Abfragen von Risikofaktoren, sondern dem Erfassen der gesamten Lebensumstände sowie der Biographie/Geschichte der Schwangeren.¹⁵⁹

In dieser äußerst labilen Phase der Schwangerschaft braucht die Frau Zeit und Unterstützung, um sich mit der existenziellen Frage: Leben oder Tod ihres Kindes auseinanderzusetzen. Die Hebamme kann hier im geschützten Rahmen der häuslichen Umgebung Informationen vermitteln, um die Entscheidungskompetenz der Frau im Sinne von Empowerment zu stärken. Häufig fühlen sich die Frauen schlecht informiert über Pränataldiagnostik.¹⁶⁰ Das Bedürfnis nach Informationen ist allerdings unterschiedlich: Einige Frauen erlangen durch gezielte Informationen Kontrolle zurück, anderer

¹⁵⁶ Vgl. Ensel 2002, 36ff.

¹⁵⁷ Vgl. Ensel 2009, 23f. Vgl. Lalor et al. 2009, 462–472. Vgl. Feldhaus-Plumin 2005, 317. Vgl. Rost 2015, 24. Vgl. Sayn-Wittgenstein 2007, 23f.

¹⁵⁸ Vgl. Deutscher Hebammen Verband e. V. 2016, November 2016.

¹⁵⁹ Vgl. Schücking 2001, 507ff.

¹⁶⁰ Vgl. Ensel 2009, 23.

fühlen sich umso mehr verunsichert.¹⁶¹ Reime weist hier auf das Machtgefälle zwischen Ärztin oder Arzt und Hebamme sowie den Frauen hin und stellt die Frage: „Wer erfährt was?“¹⁶² Beratung und Aufklärung dienen unter anderem dazu, der Frau einen Überblick über Handlungsmöglichkeiten und deren Konsequenzen zu verschaffen; dazu gehören auch die Grenzen und Risiken der Pränataldiagnostik und das „Recht auf Nichtwissen.“¹⁶³ Dies geschieht auf zwei Ebenen, einerseits auf der rational-kognitiven, andererseits auf der emotional-beziehungsorientierten. Die Hebamme wird dabei zur Lotsin, die der Frau durch Zuhören, Fragen und Nachfragen sowie spiegeln-des Verstehen hilft, ihren eigenen Standpunkt zu finden. In Abhängigkeit zu eigener Kompetenz und Ressourcen sowie den Bedürfnissen des Paares kann eine Vermittlung zu anderen Einrichtungen wie Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden jetzt schon sinnvoll sein.¹⁶⁴ In der Wartezeit nach einem Verdachtsbefund erleben viele Frauen einen belastenden Kontrollverlust, der durch Ungewissheit, Zeitdruck und einen Automatismus weiterer Folgeuntersuchungen von medizinischer Seite verstärkt wird.¹⁶⁵ Samerski kritisiert im Zusammenhang mit der genetischen Beratung den Modus *irrealis*, die grammatikalische Unmöglichkeitsform, das Spekulieren und Mutmaßen über Risikoprofile, das Vorwegnehmen einer spekulativen Zukunft, das die Lähmung des Gegenwartssinnes zur Folge hat.¹⁶⁶ Weiter schreibt sie: „Wer im Modus *irrealis* lebt, kann nicht bei Sinnen bleiben und wird von Experten und technischen Apparaten abhängig.“¹⁶⁷ Hier kommt der Hebamme die Funktion einer Mittlerin zwischen Frau, Technologie und Ärztin oder Arzt zu.¹⁶⁸ Beispielsweise in dem sie Wege aufzeigt um in Entscheidungsprozesse eingebunden zu werden, und so zumindest teilweise Kontrolle und Selbstwirksamkeit zurückzugewinnen.¹⁶⁹

¹⁶¹ Vgl. Lalor 2008, 193.

¹⁶² Vgl. Reime 2003, 18. Frauen aus unteren Bildungsschichten erhalten weniger Informationen als Frauen aus höheren Bildungsschichten. (Vgl. ebd., 10.).

¹⁶³ Rost 2015, 359. Das gesetzlich festgeschriebene Recht auf Nichtwissen kann, bedingt durch die ärztliche Vorsorgestruktur und die geltenden Mutterschaftsrichtlinien, praktisch nicht umgesetzt werden. (Vgl. ebd.).

¹⁶⁴ Vgl. Ensel 2009, 23ff,

¹⁶⁵ Vgl. Rost 2015, 148.

¹⁶⁶ Vgl. Samerski 2011, 80.

¹⁶⁷ Ebd., 81.

¹⁶⁸ Vgl. Ensel 2002, 8.

¹⁶⁹ Vgl. Rost 2015, 148.

3.2.2 Die Diagnosemitteilung – Der Einschnitt

Die endgültige Diagnosemitteilung wird von den Frauen als Schock beschrieben und stellt einen Einschnitt in den Prozess des Mutter-Werdens dar. Rost benennt die Diagnose als „Unterbrechung der Statuspassage Schwangerschaft“, ¹⁷⁰ die „(...) einen Einbruch und das Zusammenbrechen bestehender Konzepte und Vorstellungen zur eigenen Identität als werdende Mutter, aber auch zu Konzepten zum Kind zur Folge hat.“ ¹⁷¹ Die Diagnosemitteilung liegt vollständig in ärztlicher Hand; dennoch sind die Mitteilungssituationen heterogen. Wesentlich erscheint dabei, ob die Wahrnehmung der Haltung der Diagnostiker*in als wertschätzend, authentisch und empathisch empfunden wird und in welcher Atmosphäre die Mitteilung stattfindet. Nach einer Amniozentese wird den Frauen das Untersuchungsergebnis oft telefonisch übermittelt, die Wartezeit kann zwei bis drei Wochen betragen. Als besonders belastend wird die Unvorhersehbarkeit des Zeitpunktes des Anrufs beschrieben sowie die geringe Bedeutung, die das Gespräch für die Ärztin oder Arzt hat; so nimmt beispielsweise eine Frau eine Pausenzimmeratmosphäre im Hintergrund des Gesprächs wahr und hat den Eindruck, der Arzt möchte das Gespräch mit ihr gar nicht führen. ¹⁷² Bedeutsam ist, wie die Frau nach dem Mitteilungsgespräch aufgefangen wird. ¹⁷³ Nur eine der von Rost befragten Frauen erhält im Anschluss an die Diagnosemitteilung die Gelegenheit, mit einer Psycholog*in und einer Hebamme zu sprechen und empfindet diese Möglichkeit als sehr unterstützend. ¹⁷⁴

¹⁷⁰ Rost 2015, 128.

¹⁷¹ Ebd., 128.

¹⁷² Vgl. Rost 2015, 154.

¹⁷³ Vgl. Rost 2015, 166ff.

¹⁷⁴ Vgl. ebd., 161.

3.2.3 Die Zeit nach der Diagnose als Neuausrichtungsprozess

Rost bezieht sich in dieser Phase auf den von Lalor geprägten Begriff „*re-casting hope*“¹⁷⁵ als Teilaspekt des Neuausrichtungsprozesses und untergliedert diesen noch einmal in Unterphasen: 1. Keine Passung haben; 2. Alternativen eröffnen sich; 3. Suchen/Kontextualisieren und 4. Stabilisierung.¹⁷⁶ Während für einige Frauen der Entschluss zum Weiterführen der Schwangerschaft schon sehr früh feststeht, beginnt spätestens jetzt für die anderen ein mehr oder wenig langer Entscheidungsprozess mit Abwägen von Möglichkeiten und einem Ringen, um die eigene Haltung zu finden.¹⁷⁷ Für diese Frauen zieht sich der Zustand der „Schwangerschaft auf Probe“ weiter in die Länge. Manche Frauen können oder wollen keine Entscheidung treffen, für sie ist wichtig, kein Zeitlimit vorgegeben zu bekommen. Nur die Option, die Schwangerschaft auch ohne Fetozyd zu beenden, ermöglicht ihnen vorerst, das Kind weiter auszutragen. Hier ist die Unterstützung durch eine engagierte und gut vernetzte Hebamme hilfreich, beispielsweise in der konkreten Vermittlung zu einer entsprechenden Klinik, anderen Betroffenen, Selbsthilfegruppen oder einem Seelsorger.¹⁷⁸ Bis sie entschieden haben, ob sie die Schwangerschaft weiterführen oder nicht, trauen sich die Frauen häufig nicht, Gefühle zu ihrem Kind zuzulassen, dem Umfeld von der Schwangerschaft zu erzählen oder die Kindsbewegungen wahrzunehmen.¹⁷⁹ Die Hebamme kann einen Raum eröffnen in dem Platz ist für Ambivalenzen, in dem Ängste und Befürchtungen ausgesprochen und Gefühle gezeigt werden dürfen. Die Bereitschaft, „(...) gemeinsam mit den Eltern auszuhalten, dass es hier keinen ‘guten Rat’ gibt“¹⁸⁰, ist von großer Bedeutung für die Auseinandersetzung im weiteren Prozess.¹⁸¹

Was letztendlich den Ausschlag gibt für die Entscheidung zum Weiterführen der Schwangerschaft, ist heterogen: Für manche ist es das „(...) Hören auf das eigene ‘Bauchgefühl’“(.)“¹⁸², für andere die Antizipation eines Lebens mit

¹⁷⁵ Vgl. Lalor et al. 2009, 462-472. Lalor umfasst mit diesem Begriff den gesamten Adaptionsprozess nach Diagnosestellung.

¹⁷⁶ Vgl. Rost 2015, 180.

¹⁷⁷ Vgl. ebd., 171f.

¹⁷⁸ Vgl. ebd., 189; 192f.

¹⁷⁹ Vgl. Ensel 2009, 13. Vgl. Schindele 1995, 276-283.

¹⁸⁰ Vgl. Ensel 2009, 25.

¹⁸¹ Vgl. ebd., 25.

¹⁸² Rost 2015, 174.

dieser Entscheidung.¹⁸³ So beschreibt ein Paar in Lococks Untersuchung: „*We knew we were going to have to look ourselves in the eye in 10, 20, 30, 40 years' time (...)*“¹⁸⁴ und relativiert damit die Belastung der verbleibenden Monate der Schwangerschaft und selbst der folgenden Jahre in Vergleich zur gesamten Lebensspanne.

3.2.4 Gestaltung der verbleibenden Zeit – Schwangerschaft nach der Entscheidung

Je nachdem, wie viel Zeit den werdenden Eltern bleibt, es können wenige Wochen oder mehrere Monate sein, so muss diese Zeit überstanden, gelebt und gestaltet werden. Die Sicherheit, dass das Kind sterben wird, bei gleichzeitiger Unsicherheit über den Todeszeitpunkt, stellt eine enorme Belastung für die Frauen dar.¹⁸⁵ Alle von Rost befragten Frauen wünschten sich, ihr Kind noch lebend kennenlernen zu dürfen, entsprechend groß war die Sorge, dass das Kind schon während der Schwangerschaft oder Geburt verstirbt.¹⁸⁶ Das bestätigen auch die Aussagen der Frauen in Lalors Studie.¹⁸⁷

In der verbleibenden Zeit hat Rost drei Kategorien herausgearbeitet: Umgang mit Zeit finden (zwischen Aushalten, Gestalten/Nutzen und Ablenkung/Vertreiben), Beziehungsgestaltung zum Kind (Entfremdung, Annäherung, Verbundenheit), Zeitorientierung (Planung, Sterben, Geburt, in der Gegenwart sein).¹⁸⁸ In der Bedeutung der Hebammenbegleitung sind die Übergänge zwischen diesen Kategorien fließend, wie sich am Beispiel der Geburtsvorbereitung zeigen lässt. Von Ausnahmen abgesehen, ist für die Frauen mit infauster kindlicher Prognose das Zusammentreffen mit anderen, 'normalen' Schwangeren schmerzlich und wird zu vermeiden versucht.¹⁸⁹ Gleichzeitig besteht, besonders bei Erstgebärenden, der Wunsch nach Geburtsvorbereitung, auch als ein Ritual im Zusammenhang mit der

¹⁸³ Vgl. ebd., 175.

¹⁸⁴ Locock 2005, 1187.

¹⁸⁵ Vgl. Rost 2015, 197.

¹⁸⁶ Vgl. ebd., 209.

¹⁸⁷ Vgl. Lalor et al. 2009, 469.

¹⁸⁸ Vgl. Rost 2015, 195.

¹⁸⁹ Vgl. ebd., 247.

Schwangerschaft und um sich ein Stück Normalität zurückzuerobert.¹⁹⁰ Eine Einzelgeburtsvorbereitung durch die Hebamme ist hier eine gute Alternative,¹⁹¹ die gleichzeitig auch die Gelegenheit für die Frau bietet, Zugang zum eigenen inneren Bild des Kindes zu bekommen, sei es durch Meditationen, Fantasiereisen oder Entspannungsübungen.¹⁹² So kann aus der anfänglich oft erlebten Entfremdung eine Annäherung entstehen und das „(...) Kind in seinem So-Sein (...)“¹⁹³ angenommen werden, was wiederum dazu beiträgt, die eigene Mutteridentität zu stärken.¹⁹⁴ Für einige Frauen, die über die Betreuung beim Frauenarzt enttäuscht sind, ist es eine Entlastung, die weitere Begleitung durch die Hebamme zu erfahren. Hier fallen lange Wartezeiten sowie das Mithören der kindlichen Herztonaufzeichnungen anderer Frauen weg und die Konfrontation mit weiteren Details der Fehlbildungen durch Ultraschall oder Todeszeitpunktprognosen werden gemieden.¹⁹⁵ Bei der Sensibilität und dem Umgang mit Technik von Seiten der Mediziner*innen bietet sich ein heterogenes Bild, so werden verständnisvolle, einfühlsame Begegnungen auf Augenhöhe beschrieben,¹⁹⁶ aber auch negative Erfahrungen von mangelnder Anteilnahme und Wertschätzung, die sich unter anderem in der sprachlichen Verdinglichung des Kindes widerspiegeln. In Untersuchungen von Janvier wurde der Hälfte der Eltern mit fetaler Diagnose Trisomie 13 oder 18 gesagt, ihr Kind sei ein *‘vegetable’*.¹⁹⁷ Baumgarten berichtet im Interview, dass einer Frau, die mit siamesischen Zwillingen schwanger war, mitgeteilt wurde: „Sie haben ein Monster im Bauch.“¹⁹⁸ Entmenslichende Bezeichnungen wie „Froschkopf“ werden als Beschreibung einer Kopffehlbildung benutzt.¹⁹⁹ Die Neukonstruktion der Kindkonzeption wird dadurch erschwert, dass die Frau in ihrer eigenen Leiblichkeit etwas anderes spürt, als der Fremdblick von außen mittels Ultraschall hervorbringt: Sie spürt das Wachsen des Bauches und nimmt die Kindsbewegungen wahr, im Kontrast dazu steht die abstrakte Diagnose mit

¹⁹⁰ Vgl. Ramer-Chrastek/Thygeson 2005, 275f. Vgl. Chitty et al. 1996, 479.

¹⁹¹ Vgl. Rost 2015, 247.

¹⁹² Vgl. ebd., 222.

¹⁹³ Ebd., 243.

¹⁹⁴ Ebd.

¹⁹⁵ Vgl. ebd., 235f.

¹⁹⁶ Vgl. ebd., 250

¹⁹⁷ Vgl. Janvier et al. 2012, 293.

¹⁹⁸ Baumgarten/Tuchtenhagen 2012, DVD. Vgl. Ensel 2002, 192.

¹⁹⁹ Vgl. Rost 2015, 216.

dem Wissen um das bevorstehende Sterben des Kindes.²⁰⁰ Diese zwei vollkommen unterschiedlichen Bilder beschreibt Baumgarten eindrucksvoll in ihrem Dokumentarfilm „Mein kleines Kind“.²⁰¹ Bei den Hebammenbesuchen besteht die Gelegenheit, solchen Verobjektivierungen des Kindes entgegenzuwirken, indem es als Mensch mit individuellen Persönlichkeitsmerkmalen wahrgenommen und mit Namen angesprochen wird, während die werdende Mutter Akzeptanz und Offenheit erfährt.²⁰² Leibphänomenologisch betrachtet bewegt sich die Frau zwischen zwei Polen: die Diagnose als Konstellation diverser Fehlbildungen oder Abweichungen von der Norm und deren objektiver Betrachtung auf der einen Seite, das Kind selbst auf der anderen Seite, das mit seinen Bewegungen, mit seinem So-Sein subjektive Tatsachen für die Schwangere schafft. Diese ist eingebunden in Situationen von vielsagenden Eindrücken,²⁰³ die sie in eine affektive Betroffenheit führen, etwas, das nur sie selbst spüren und wahrnehmen kann. Ist das leibliche Spüren auch vorsprachlich, kann es dennoch mittels des Leibalphabets in Sprache übertragen werden,²⁰⁴ grenzt sich aber von den sinnlichen Wahrnehmungen wie Hören, Sehen oder Tasten ab, die nicht über die Reichweite und den Tiefgang wie das leibliche Spüren verfügen.²⁰⁵ In der leiblichen Kommunikation kommt es zu einem mehrdimensionalen Verstehen, bei der die Einleibung wesentlicher Bestandteil ist: Hierbei greifen Gegenstände oder Personen außerhalb des eigenen Leibes in das Befinden ein und es entsteht ein „(...) übergreifendes leibliches Gefüge (Quasi-Leib).“²⁰⁶ Auch im Gespräch findet eine durch stimmliche Signale, Pausen und Blickwechsel geprägte Einleibung statt.²⁰⁷

Wie können diese leibphänomenologischen Aspekte nun in die Hebammenbegleitung einfließen? Dies geschieht meist unbewusst, ganz nebenbei, im Rahmen der originären Hebammenarbeit, wenn die Hebamme die Frau durch gezieltes Nachfragen unterstützt und fördert, ihre eigenen leiblichen

²⁰⁰ Vgl. ebd., 214f.

²⁰¹ Baumgarten/Tuchtenhagen 2012, DVD.

²⁰² Vgl. Rost 2015, 254.

²⁰³ Nach Schmitz sind Situationen, die uns leiblich betreffen und in die wir ständig verwoben sind, von vielsagenden Eindrücken geprägt, sie haben diffuse Konturen und sind schwer, insbesondere nicht durch das Zusammenlegen von Konstellationen, zu fassen. (Vgl. Dörpinghaus 2013b, 115f.).

²⁰⁴ Vgl. Dörpinghaus 2013a, 92.

²⁰⁵ Vgl. ebd., 85f. Vgl. Dörpinghaus 2013b, 114.

²⁰⁶ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 113.

²⁰⁷ Vgl. Schmitz 2011, 44.

Empfindungen zuzulassen und zu spüren, sie ernst zu nehmen und ihnen Bedeutung zukommen zu lassen. Eine andere vertiefende Möglichkeit ist „*Körperarbeit*“²⁰⁸ mit der Schwangeren, insbesondere Atemübungen oder Visualisierungs- und Entspannungsmethoden, wie sie auch in der Geburtsvorbereitung angewandt werden. Bei der Anwendung der Leopoldschen Handgriffe zur kindlichen Lagebestimmung ist das leibliche Spüren sowohl der Hebamme als auch der Schwangeren bedeutsam.²⁰⁹

Mit der Komplexität der Begleitungsbereiche wird deutlich, dass auch der Zeitfaktor und Professionalität eine wesentliche Rolle spielen.²¹⁰ In der Zeit, die die Schwangere und Hebamme gemeinsam verbringen, bedarf es „(...) eines Einlassens, Aushaltens, Hinspürens zu dem, was sich stellt.“²¹¹ Dies geschieht auf einer vertrauensvollen Beziehungsebene, die dennoch von Professionalität bestimmt wird. Die Hebamme steht also sowohl auf dem Symptomboden, verortet im technisch-medizinischen System, als auch auf dem Phänomenboden, da sie in ihrer leiblichen Seinsweise in Erscheinung tritt.²¹² Das Vernachlässigen eines dieser Standbeine kann weitreichende Folgen haben, wie das Beispiel einer Ärztin zeigt, die bei einer Schwangeren mit infauster pränataler Diagnose ein HELLP- Syndrom²¹³ übersieht, da sie die Symptome als Ausdruck ihrer psychosomatischen Belastung deutet. Ensel bezeichnet die professionelle Distanz im Beratungskontext als konstitutives Element und „(...) unabdingbare Basis (...)“,²¹⁴ weist aber auch auf die Gratwanderung im Einzelfall und die Notwendigkeit von Fortbildungen und Supervisionen hin.²¹⁵ Dörpinghaus ist der Meinung, dass der Hebamme erst durch ihre leibliche Faktizität und Einlassung die Einschätzung

²⁰⁸ Dörpinghaus merkt hierzu an, dass in Fachkreisen häufig der Begriff Körper verwendet wird, aber der Leib damit gemeint ist. (Vgl. Dörpinghaus 2013b, 81.).

²⁰⁹ Vgl. ebd., 80ff.

²¹⁰ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Abrechnung der Hebammenhilfe zumindest in der Schwangerschaft über die Position „Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden“ in der HebGV pro angefangene 30 Minuten erfolgen kann und die Anzahl der Besuche nicht eingeschränkt ist, im Wochenbett hingegen wird jeder Besuch pauschal abgerechnet unabhängig vom tatsächlichen Zeitaufwand.

²¹¹ Dörpinghaus 2017, 14 (unveröff. Skript).

²¹² Vgl. Dörpinghaus 2016, 85f.

²¹³ Lebensbedrohliche Erkrankung, die während der Schwangerschaft auftreten kann. (Vgl. Rost 2015, 232f.).

²¹⁴ Ensel 2009, 25.

²¹⁵ Vgl. ebd.

der Gebärenden möglich ist und der Begriff der professionellen Distanz daher neu überdacht werden müsste.²¹⁶ Schmitz hingegen spricht, als wichtigstem Fühler der Einleibung, von der Fassung. Als Fassung beschreibt er „(...) das, was man verliert, wenn man die Fassung verliert. Sie vereint leibliche Dynamik mit Niveaus personaler Emanzipation und ist unentbehrlich für die Stabilisierung der Person, (...).“²¹⁷

Als professionelle Unterstützung seitens der Hebamme, falls sie als primäre, kontinuierliche Bezugsperson im Betreuungssystem fungiert, wertschätzen die Frauen Hilfe beim Aufbau eines interdisziplinären Netzwerks, auch in Bezug auf die bevorstehende Geburt und die Zeit des Abschieds.²¹⁸

3.2.5 Der Übergang – Die Phase Geburt

So unterschiedlich das Setting, die äußeren Umstände auch sind, sie haben eins gemeinsam: Das Kind muss geboren werden, und dies mit Hilfe einer Hebamme.²¹⁹ Unabhängig davon, ob Klinik-, Haus- oder Praxisgeburt, geplanter Kaiserschnitt oder Spontangeburt, bedeutsam für das Erleben der Frau ist das Gefühl der Geborgenheit, des Vertrauens und Aufgehoben-Seins. Als positiv wird beschrieben, wenn die Frau ihre Hebamme und Ärztin oder Arzt schon aus der Schwangerschaft kennt und die Gelegenheit hatte, die Vorstellungen über die Geburt im Vorfeld zu besprechen.²²⁰ Ist das nicht möglich, kann es hilfreich sein, Wünsche und Bedürfnisse schriftlich zu formulieren und als Geburtsplan in die Klinik mitzubringen, um in der Anonymität der Aufnahmesituation eine gewisse Selbstwirksamkeit zu erfahren.²²¹ Die meisten Frauen haben keinen Geburtsvorbereitungskurs besucht, sie konnten keine Atemtechniken oder den Umgang mit den Wehen erlernen.²²² Bei den Spontangeburt wird häufig die Normalität in der Ge-

²¹⁶ Vgl. Dörpinghaus 2017, 16f. (unveröff. Skript). 2013 schreibt Dörpinghaus, dass die Hebamme handlungsunfähig würde, wenn „(...) die Situation von ihr Besitz ergreift (...)“ (Dörpinghaus 2013b, 97.).

²¹⁷ Schmitz 2011, 45.

²¹⁸ Vgl. Rost 2015, 254. Hier gewinnt die Zusammenarbeit mit (pränatalen) Hospizen auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung. (Vgl. ebd., 335. Vgl. Ramer-Chrastek/Thygeson 2005, 274 ff.)

²¹⁹ Vgl. Kapitel 2.1: Hinzuziehungspflicht.

²²⁰ Vgl. Rost 2015, 280. Vgl. Chitty et al. 1996, 482. Vgl. Lalor et al. 2009, 463.

²²¹ Vgl. Rost 2015, 278ff.

²²² Vgl. ebd., 269.

burtssituation betont, der wertschätzende Umgang mit der werdenden Mutter und dem Kind, auch wenn es nur ein kurzes Leben erwartet, ist von großer Bedeutung. Die normale, auch sonst übliche Behandlungsform vermittelt nicht nur für die Frau, sondern auch den Betreuungspersonen Sicherheit in einer schwierigen Situation.²²³ Einfach Gebärende sein: in „(...) totaler Konzentration auf sich selbst, Beschäftigung und Arbeit auf körperlicher Ebene, die kein Grübeln, Nachdenken zulässt, sondern einen Fokus auf die momentane Situation erfordert.“²²⁴ Leibphänomenologisch betrachtet bedeutet das einen Zustand der Selbstvergessenheit, „(...) des Seinsmodus in Abgrenzung zum Selbstbeobachtungsmodus (...).“²²⁵ Um die Frau in ihrem Selbstsein nicht zu stören, sondern zu begleiten, bedarf es seitens der Hebamme eines einlassenden und aushaltenden Verstehens, eines leiblichen Eindrucks²²⁶ als Teil der leiblichen Kommunikation, in der die Hebamme von dem Ausdruck der Gebärenden einen Eindruck erhält.²²⁷ Dabei ist es unerlässlich, den Ausdruck der Gebärenden immer im Gesamtzusammenhang zu verstehen.²²⁸ Um das hebammenkundliche Können anzuwenden und eine leibliche Begleitung in der Geburtssituation zu vollziehen, bedarf es der leiblichen Seinsweise im Geschehen, was sich nicht mit Unterbrechungen durch Klinikroutine und der gleichzeitigen Begleitung mehrerer Gebärender vereinbaren lässt.²²⁹ Die leibliche Kommunikation kann von der Hebamme unterstützt und gefördert werden durch einen umfriedeten Raum wie bei einer Hausgeburt, aber auch durch das Schaffen einer bestimmten Atmosphäre,²³⁰ in der für gedämpftes Licht, eine ruhige, gelassene Stimmung und die Möglichkeiten verschiedener Gebärpositionen wie Hockergeburt oder Partnersitz im breiten Kreißbett gesorgt wird.²³¹ Der Leib ist dabei „(...) Resonanzkörper des Stimmungsraums und übersetzt Ausdruck in Eindruck.“²³²

²²³ Vgl. ebd. 275.

²²⁴ Ebd., 279.

²²⁵ Dörpinghaus 2017, 8f. (unveröff. Skript). „Der Begriff des Seinsmodus oder auch der Seinsweise wird hier in Anlehnung an Fuchs, T. (2000) und Böhme, G. (2003) verwendet.“ (Ebd., 9.).

²²⁶ Vgl. ebd., 9f.

²²⁷ Vgl. ebd., 17.

²²⁸ Vgl. ebd., 12; 17. Vgl. dazu auch Dörpinghaus 2013a, 164f.

²²⁹ Vgl. Dörpinghaus 2016, 82f. Vgl. Labey 2015, 33.

²³⁰ Vgl. Böhme 1995, 33.

²³¹ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 83f.

²³² Fuchs 2000, 197.

Der Geburtsschmerz hat in der besonderen Situation der infausten Prognose, also in Erwartung eines toten oder sterbenden Kindes, vielfältige Facetten und es ist auch der Schmerz und die Angst vor dem bevorstehenden Abschied. Gleichzeitig verlangt die Situation eine natürliche Normalität im Umgang mit dem Wehenschmerz.²³³ Leibphänomenologisch betrachtet, wird in Schmerz und Angst die antagonistische Bedeutung von Engung als Spannung und Weitung als Schwellung im vitalen Antrieb deutlich. Im dynamischen Miteinander findet eine Verschränkung von Tendenzen zur Enge und zur Weite hin statt.²³⁴ Um der Enge des Schmerzes zu entkommen, sucht die Gebärende die Weite und kann in diesem Bedürfnis von der Hebamme unterstützt werden, indem sie sie zur Bewegung motiviert und mit ihr verschiedene Positionen und Haltungen ausprobiert, seien es Yogasitz, Hocker, Sprossenwand oder Badewanne.²³⁵ Der epikritischen Tendenz im Spüren von scharfem Schmerz kann auch mit der protopathischen Tendenz des Wassers begegnet werden.²³⁶ Schmitz bezeichnet das Epikritische als das Spitze, Scharfe, das Protopathische als das Dumpfe, Zerfließende, Ausstrahlende.²³⁷ Das gemeinsame Atmen während der Wehen ist eine wichtige Begleitungsaufgabe, denn falls die Frau ihren Rhythmus verliert, versucht die Hebamme ihr diesen zurückzugeben. Da in der Wehe der Zustand der Weite fehlt, hat die Ausatmung in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung: Sie führt in die leibliche Richtung der Weite; das Gleiche gilt für Schmerzäußerungen, wie das Tönen, Stöhnen oder Schreien.²³⁸ Die Konkurrenz von Enge und Weite prägen die leibliche Ökonomie, deren Band von einer dynamischen Bewegung gestrafft oder gelockert wird und somit den Leib verbindet und zusammenhält.²³⁹

Die Frau in ihrer Geburtsarbeit zu unterstützen, leiblich mit ihr zu kommunizieren, beinhaltet auch die Einleibung und Ausleibung, die in vielen Bereichen stattfindet. Bei der Einleibung kann die Hebamme gemeinsam mit der Gebärenden ein übergreifendes leibliches Gefüge bilden, beispielsweise im

²³³ Vgl. Rost 2015, 278ff.

²³⁴ Vgl. Schmitz 2011, 15f.

²³⁵ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 86f.

²³⁶ Vgl. Mahayni 2003, 153ff.

²³⁷ Vgl. Schmitz 2011, 24.

²³⁸ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 93ff.

²³⁹ Vgl. ebd., 87. Vgl. Schmitz 2011, 15. Schmitz weist 2011 darauf hin, dass er die antagonistische Verschränkung von Spannung und Schwellung bis dahin „leibliche Ökonomie“ genannt hatte, sie nun aber als vitalen Antrieb bezeichnet. (Vgl., Schmitz 2011, 178.).

Beckenkreisen, Atmen oder Tönen, sie kann sich antagonistisch (mit einem dominanten Partner) oder solidarisch (ohne Dominanz) vollziehen.²⁴⁰ Sie impliziert immer die Zusammenfassung auf ein Thema und erfordert, dass die Hebamme mit ihrer ganzen Aufmerksamkeit bei der Frau ist. Besonders deutlich zeigt sich das in der Übergangs- und Austreibungsphase, in der die Gebärende manchmal den Kontakt zu sich selbst und der Hebamme verliert, der dann durch Berührung und Sich-Anblicken wieder hergestellt werden kann.²⁴¹ In der Ausleibung fehlt die Zusammenfassung, es kommt zu einem Sich-Verlieren oder Versinken aus der Enge in die Weite, was gelegentlich mit Frauen unmittelbar nach der Geburt des Kindes geschieht.²⁴²

3.2.6 Begegnung und Abschied

Die Rahmenbedingungen bei der ersten Begegnung mit dem Kind, der Zeit des Abschieds bis hin zur Beerdigung, gestalten sich auch in dieser Phase unterschiedlich, je nach Geburtsort und Todeszeitpunkt des Kindes. Manche Kinder versterben schon vor oder während der Geburt, andere überleben unerwartet. Für alle Frauen stellt sich die konkrete Auseinandersetzung mit der Fehlbildung, Behinderung und Endlichkeit ihres Kindes, aus dem inneren Bild wird ein Gegenüber mit eigener Persönlichkeit, aus dem Mutter-Werden wird Mutter-Sein. Mit wenigen Ausnahmen wünschen die Frauen direkten Körperkontakt, der es ermöglicht, die Lebendigkeit und Körperwärme des Babys zu spüren oder auch seinen Tod zu "be-greifen", und der ein Gefühl von Sicherheit vermitteln kann.²⁴³ Stirbt das Kind gehalten im Arm der Mutter, wird das als geborgenes Einschlafen, als „gutes Sterben“ wahrgenommen.²⁴⁴ Leibphänomenologisch betrachtet, weist Schmitz darauf hin, dass durch eine harmonische, familiäre Atmosphäre der expan-

²⁴⁰ Vgl. Dörpinghaus 2013b, 74f.; 87ff. Zu einer Einleibung kommt es nicht nur mit der Hebamme, sondern je nach Situation auch mit der Ärztin oder dem Arzt, der Hebammenschülerin oder dem Partner der Gebärenden. (Vgl. ebd., 88.).

²⁴¹ Vgl. ebd., 91.

²⁴² Vgl. ebd., 75.

²⁴³ Vgl. Rost 2015, 283f.

²⁴⁴ Vgl. ebd., 322f.

dierende Impuls der Schmerzanfälligkeit geschwächt oder gar ausgeschaltet wird.²⁴⁵ Das bestätigt auch Garten in seiner Untersuchung zur postnatalen Sterbebegleitung, in der er die Bedeutung von ungestörtem Körperkontakt, der Reduktion von Stressoren wie grellem Licht, Lärm oder Unruhe sowie dem konsequenten Verzicht auf medizinische Interventionen hinweist.²⁴⁶ Dieser leibliche Kontakt, die Einleibung, trägt wesentlich zum Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind sowie der späteren Verarbeitung im Trauerprozess bei.²⁴⁷ Dies zu unterstützen ist eine bedeutsame Aufgabe der Hebamme.

Manche Frauen brauchen aber auch Zeit zum „An-nehmen“²⁴⁸ des Kindes, sie sind erschöpft, durch einen Kaiserschnitt bedingt getrennt, müssen erst einen Umgang mit dem äußeren Erscheinungsbild oder dem unerwarteten Überleben des Kindes finden.²⁴⁹ Für einige Eltern ist eine Nottaufe durch die Hebamme wichtig als Anerkennung seiner Existenz in der Gemeinschaft.²⁵⁰ Das Anfertigen von Erinnerungsstücken des verstorbenen Babys wie Fotos²⁵¹ und Fußabdrücken tragen dazu bei, ihm einen Platz im Leben der Familie zu geben, es anzuerkennen und wertzuschätzen, unabhängig von seiner Fehlbildung.²⁵² In dieser Phase des Loslassens und Abschiednehmens trägt die Hebamme auch Sorge dafür, dass die Eltern den Zeitpunkt des Abgebens selbst bestimmen können, auch das Heimbringen des toten Kindes aus der Klinik kann ein ebenso wichtiger Schritt sein wie das mögliche Einbeziehen der Geschwisterkinder.²⁵³ Über die häusliche Begleitung nach dem Verlust eines Babys schreibt Lothrop: „Wer wäre da besser geeignet, Betroffenen bei-zu-stehen, sie aufzufangen, als die Hebamme, (...).“²⁵⁴ Praktische Hilfe beim Abstillen ist hier nur ein Bereich, während dagegen beim unerwarteten Überleben des Kindes das Fördern des Stillens

²⁴⁵ Vgl. Schmitz 2011, 16. Schmitz bezieht sich hier zwar auf Schmerzen, aber da die Vorstellung eines schmerzvollen Todes ihres Kindes für die Eltern kaum erträglich ist, erscheint mir dieser Aspekt auch im Kontext des Sterbens sinnvoll.

²⁴⁶ Vgl. Garten/Hude 2016, 53-57.

²⁴⁷ Vgl. ebd.

²⁴⁸ Rost 2015, 284.

²⁴⁹ Vgl. ebd., 284f.

²⁵⁰ Vgl. ebd., 315.

²⁵¹ Die Hebamme kann Kontakt zu ehrenamtlichen, professionellen Fotografen herstellen, die mit der Thematik vertraut sind. Vgl. Gebel 2013, Elterninformation.

²⁵² Vgl. Rost 2015, 323f.

²⁵³ Vgl. ebd., 311; 317ff. Hier ist das Wissen der Hebamme über das Bestattungsrecht des jeweiligen Bundeslandes und eine gute Vernetzung zu Bestattern vor Ort sinnvoll.

²⁵⁴ Lothrop 2014, 259.

ein zentrales Thema sein kann und entsprechender Unterstützung seitens der Hebamme bedarf.²⁵⁵ Hauptaufgabe in der kooperativen Begleitung innerhalb eines Unterstützersystems kann sein, „[d]en Eltern einen Raum und die Freiheit zu geben, den Gedanken an das Schlimmste auszuhalten, miteinander fassungslos zu schweigen oder zu weinen (...),“²⁵⁶ das heißt auch: leiblich zu begleiten.

4 Fazit und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war, die Bedeutung und die unterschiedlichen Aspekte der Hebammenbegleitung nach infauster pränataler Diagnose zu untersuchen. Es konnte dargelegt werden, dass die rechtlichen Voraussetzungen eine gute Grundlage für die Hebammenbegleitung bilden und sich in anderen Bereichen wie dem Bestattungsrecht in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert haben; die Umsetzung in die Praxis gestaltet sich allerdings oft schwierig. Es konnte im ethischen und professionstheoretischen Teil gezeigt werden, dass die Hebammenarbeit eine Bedeutung hat, die über das medizinisch-technische Wissen und die physische Betreuung hinausgeht. Wie in der „Praktischen Bestandsaufnahme“ dargelegt wurde, übernimmt die Hebamme eine Lotsenfunktion mit Informationsübermittlung und Koordinationsaufgaben innerhalb des multiprofessionellen Teams und praktischer Unterstützung; darüber hinaus aber bietet sie eine Begleitung auf einer Beziehungs- und Spürebene. Dies findet unter Einbeziehung der Leiblichkeit der Frau und ihrer lebensweltlichen Bezüge statt. Zuweilen erstreckt sich der Zeitraum der Begleitung von Beginn der Schwangerschaften bis weit über die Geburt hinaus und sogar in Folgeschwangerschaften. Im Gegensatz zur vorwiegend konstellationistischen Sichtweise des medizinisch-technischen Betreuungssystems und den rational ausgerichteten Erwartungen der Gesellschaft nimmt die Hebamme die Frau in ihrer von vielsagenden Eindrücken geprägten Situation, ihrer zutiefst subjektiven Wirklichkeit wahr. Durch eine von Kontinuität gekennzeichnete zeitliche und räumliche Begleitung erfasst die Hebamme die Frau in ihrer Individualität

²⁵⁵ Vgl. Rost 2015, 304.

²⁵⁶ Schmidt-Bäumler 2005, 243.

und Einzigartigkeit; sie befindet sich in leiblicher Kommunikation durch Berührung, Blickkontakt und spürendes Verstehen. So stellt die Hebamme im professionellen Betreuungsteam eine von vielen Säulen dar, die in gewissem Sinn aber eine besondere Position einnimmt: Die aufsuchende, kontinuierliche Begleitung und unterstützende Hilfe im Rahmen von Hausbesuchen ist ein Alleinstellungsmerkmal der Hebamme. Allerdings werden in der vorliegenden Arbeit auch immer wieder die Grenzen einer angemessenen Hebammenbegleitung deutlich. Teils sind die Ursachen hierfür, besonders in der Schwangerschaftsvorsorge und im klinischen Bereich, strukturell bedingt; teils sind es Mängel der professionstheoretischen Ausbildungspfade, die dazu führen, dass Hebammen ihr eigenes Handeln wenig reflektieren, keine eigene Position finden und selten Supervision in Anspruch nehmen. Abschließend kann gesagt werden, dass der Stellenwert der Hebammenbegleitung nach infauster pränataler Diagnose erheblich zu sein scheint; dem gegenüber stehen allerdings deutliche Defizite in der Versorgung durch Hebammen und das Fehlen einer homogenen Qualität der Betreuung. In Deutschland liegt wenig empirisches Material zu diesem Thema vor, daher wäre weitere quantitative und qualitative Forschung wünschenswert. So wäre es interessant, das Erleben der betroffenen Frauen bezüglich ihrer Hebammenbegleitung zu untersuchen. Aber auch die Wahrnehmung dieser Aufgabe durch die Hebamme ist nicht untersucht. Darüber hinaus ist der Aktualzeit die Frage geschuldet, welchen Stellenwert die Hebamme in diesem Kontext für Frauen mit Migrationshintergrund oder Geflüchtete einnimmt.

Eine wichtige Erkenntnis dieser Arbeit ist, dass die Voraussetzungen für eine gelingende, kontinuierliche Hebammenbegleitung nach infauster pränataler Diagnose eine enge Vernetzung innerhalb des professionellen Teams ist, um einen möglichst frühen Hebammenkontakt zu ermöglichen, beispielsweise durch Anbindung an pränatale Zentren und psychosoziale Beratungsstellen. Für die Geburt hat die 1:1-Betreuung eine hohe Bedeutung, ohne sie kann weder der Leiblichkeit noch der existentiellen Situation Rechnung getragen werden. Ziel der Hebammenbegleitung sollte es sein, dazu beizutragen, dass diese existentielle Erfahrung langfristig nicht zu einem traumatischen Ereignis in der Biographie der Eltern und Familien wird.

5 Literaturverzeichnis

- Achtelik, Kirsten (2016): Wahl oder Pflicht? Schwangere zwischen Fremd- und Selbstbestimmung. In: Dr. med. Mabuse : Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe 41 (221), 42–44.
- Ahrendt, Cordula (2013): Hebammenrolle, Kommunikation und pädagogische Hebammenaufgaben. In: Andrea Stiefel und Cordula Ahrendt (Hg.): Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 5., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Hippokrates, 33–60.
- Baldus, Marion (2006): Von der Diagnose zur Entscheidung. Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom (Forschung). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Baumgarten, Katja; Tuchtenhagen, Gisela (2012): Mein kleines Kind. My little one. 1 DVD-Video (88 Min. + Extras). Hannover: Baumgarten: Baumgarten.
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2009): Principles of biomedical ethics. 6. ed. New York u.a.: Oxford Univ. Press.
- BMJV HebG (2016): HebG - Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf, [10.03.2017].
- BMJV PStV (2015): Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung - PStV). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/pstv/gesamt.pdf>, [08.03.2017].
- BMJV SGB V (1988): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - § 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_24d.html, [14.04.2017].
- BMJV StGB §218a: Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_218a.html, [10.03.2017].
- Böhme, G. (1995): Atmosphäre. Essays zur neuen Ästhetik. Suhrkamp.
- Böhme, Gernot (1993): Alternativen der Wissenschaft. 2. Aufl. (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 334). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Böhme, Gernot (2010): Das Gegebene und das Gemachte. In: Michael Großheim und Steffen Kluck (Hg.): Phänomenologie und Kulturkritik. Über die Grenzen der Quantifizierung. Orig.-Ausg (Neue Phänomenologie, 15). Freiburg i. Br.: Alber, 140–150.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): www.pnd-online.de. Glossar mit Fachbegriffen. URL: <http://www.pnd-online.de/>, [30.03.2017].
- Butler, Judith (2016): Verletzlichkeit und Widerstand neu denken. Zweite Vorlesung im Rahmen der Albertus-Magnus-Professur an der Universität zu Köln am 22.06.2016.
- Chitty, Lyn S.; Barnes, Chris A.; Berry, Caroline (1996): For Debate. Continuing with pregnancy after a diagnosis of lethal abnormality: experience

- of five couples and recommendations for management. In: BMJ 313 (7055), 478–480. DOI: 10.1136/bmj.313.7055.478.
- Das Statistische Bundesamt (2016): Pressemitteilungen - Mehr Krankenhausentbindungen 2015 bei niedrigerer Kaiserschnitttrate - Statistisches Bundesamt (Destatis). Internet. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/10/PD16_355_231pdf.html, [04.04.2017].
- Das Statistische Bundesamt (2017): Gesundheit. Schwangerschaftsabbrüche. www.destatis.de. Hg. v. Wiesbaden Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. URL: <http://www.gbe-bund.de/stichworte/SPAETABBRUCH.html>, [31.03.2017].
- Deutscher Hebammen Verband e. V. (2016): Frage des Monats. November 2016. Was macht Hebammenarbeit so einzigartig? URL: <http://www.unsere-hebammen.de/fakten-infos/frage-des-monats/>, [01.05.2017].
- Deutscher Hebammen Verband e. V. (2017a): Haftpflichtproblematik. URL: <http://www.unsere-hebammen.de/fakten-infos/haftpflichtproblematik/>, [16.04.2017].
- Deutscher Hebammen Verband e. V. (2017b): Landkarte der Unterversorgung. URL: <http://www.unsere-hebammen.de/mitmachen/unterversorgung-melden/>, [16.04.2017].
- Deutscher Hebammen Verband e.V.: Beruf Hebamme. URL: <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/>, [04.04.2017].
- Dörpinghaus, Sabine (2013a): Dem Gespür auf der Spur. Leibphänomenologische Studie zur Hebammenkunde am Beispiel der Unruhe. Originalausg (Neue Phänomenologie, 20). Freiburg im Breisgau: Verlag Karl Alber.
- Dörpinghaus, Sabine (2013b): Was Hebammen erspüren. Ein leiborientierter Ansatz in Theorie und Praxis. 2. Aufl. (Bücher für Hebammen). Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Dörpinghaus, Sabine (2016): Leibliche Resonanz im Geburtsgeschehen. In: Hilge Landweer und Isabella Marcinski (Hg.): Dem Erleben auf der Spur. Feminismus und die Philosophie des Leibes (Edition Moderne Postmoderne). Bielefeld: transcript, 69-90.
- Dörpinghaus, Sabine (2017): Ich spüre was, was du nicht hörst - Zur Bedeutung leiblichen Verstehens im geburtshilflichen Kontext. In: Giovanni Maio (Hg.): Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin. 1. Auflage.
- Dörpinghaus, Sabine; Schröter, Beate (2005): Welchen Namen soll die »Hebammenwissenschaft« tragen? In: Hebamme 18 (4), 206–210. DOI: 10.1055/s-2005-923631.
- DRID Kommunikation und Design GmbH: Starke Leistungen bei der DAK-Gesundheit. Extra-Budget für Schwangere. URL: <http://dak-vorteile.de/>, [30.03.2017].
- Ensel, Angelica (2002): Hebammen im Konfliktfeld der pränatalen Diagnostik. Zwischen Abgrenzung und Mitleiden (HGH Schriftenreihe, 10). Karlsruhe: Hebammengemeinschaftshilfe e.V.

- Ensel, Angelica (2006): Verantwortung im Kontext der Pränatalen Diagnostik. In: Hebamme 19 (4), 241–245. DOI: 10.1055/s-2006-959345.
- Ensel, Angelica (2009): An der Seite der Frau. In: Deutsche Hebammen-Zeitschrift (7/2009), 23–25.
- Feldhaus-Plumin, Erika (2005): Versorgung und Beratung zu Pränataldiagnostik. Konsequenzen für die psychosoziale und interdisziplinäre Beratungsarbeit. Zugl.: Berlin, Techn. Univ., Diss., 2004. 1. Aufl. (Frauengesundheit, 5). Göttingen: V & R unipress.
- Fuchs, Thomas (2000): Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Teilw. zugl.: München, Univ., Diss., 1999. Stuttgart: Klett-Cotta. URL: <http://d-nb.info/958867836/04>.
- Garten, L.; Hude, K. von der (2016): Palliativversorgung im Kreißsaal. In: Z Geburtshilfe Neonatol 220 (02), 53–57. DOI: 10.1055/s-0042-101797.
- Gebel, Kai (2013): DEIN STERNENKIND. Fotografen fotografieren Dein Sternchenkind. URL: <http://dein-sternenkind.eu/Elterninformation/Elterninfo-1/index.php>, [25.05.2017].
- Großheim, Michael; Kluck, Steffen (Hg.) (2010): Phänomenologie und Kulturkritik. Über die Grenzen der Quantifizierung. Orig.-Ausg (Neue Phänomenologie, 15). Freiburg i. Br.: Alber.
- Gugutzer, Robert; Klein, Gabriele; Meuser, Michael (2017): Forschungsfelder und methodische Zugänge // Handbuch Körpersoziologie. Band 2: Forschungsfelder und Methodische Zugänge. Wiesbaden, s.l.: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Hasenberg, Gabriele (2012): HEBAMMENARBEIT IN DER SITUATION DES SPÄTEN SCHWANGERSCHFTSABBRUCHS. Eine Grounded Theory Studie mit Hebammen eines Schweizer Universitätsspitals. Unveröffentlichte Masterthesis.
- Hochhausen, Astrid (2015): Der Beruf der Hebamme. Berufsethos. In: Christine Mändle und Sonja Opitz-Kreuter (Hg.): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe ; mit 162 Tabellen. 6. vollst. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer, 12.
- Horstkötter et al.: Das Schwangerschaftskonfliktgesetz und seine Umsetzung: Ausgewählte Ergebnisse des Projektes »Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränatal - diagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§13b-pnd)«. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): FORUM Sexualaufklärung Heft 02-2012: Vorgeburtliche Untersuchungen, 2-2012, 3–8. URL: <http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?menu1=3&menu2=17&menu3=2>, [10.03.2017].
- Janvier, Annie; Farlow, Barbara; Wilfond, Benjamin S. (2012): The Experience of Families With Children With Trisomy 13 and 18 in Social Networks. In: Pediatrics, 293-298. DOI: 10.1542/peds.2012-0151.
- Jones, Shirley R.; Müller, Elisabeth (2003): Ethik und Hebammenpraxis (Gesundheitsberufe Geburtshilfe). Bern: Huber.
- Kant, Immanuel (1838): Immanuel Kant's Grundlegung zur Metaphysik der Sitten und Kritik der Praktischen Vernunft. Hg. v. Karl Rosenkranz. Leipzig. URL:

- https://books.google.de/books?id=2VdFAQAAMAAJ&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=Maxime%20Deines%20Willens&f=false, [18.03.2017].
- Kuhn, Rita (2008): Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik. [Modellprojekt] (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, 30). Köln: BZgA, [17.03.2017].
- Labey, Rachael (2015): The role of the midwife and the maternity services in supporting women through decisional conflict when faced with termination of pregnancy for fetal abnormality. In: *Midwifery digest* 25 (1), 30–35.
- Lalor, Joan; Begley, Cecily M.; Galavan, Eoin (2009): Recasting Hope: a process of adaptation following fetal anomaly diagnosis. In: *Social science & medicine* (1982) 68 (3), 462–472. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.069.
- Lalor, Joan G. (2008): A grounded theory study of information preference and coping styles following antenatal diagnosis of foetal abnormality. In: *Journal of Advanced Nursing* 64 (2), 185–194.
- Landweer, Hilge; Marcinski, Isabella (2016): Feministische Phänomenologie: Leib und Erfahrung. In: Hilge Landweer und Isabella Marcinski (Hg.): *Dem Erleben auf der Spur. Feminismus und die Philosophie des Leibes* (Edition Moderne Postmoderne). Bielefeld: transcript, 7–24.
- Locock, Louise (2005): The parents' journey: continuing a pregnancy after a diagnosis of Patau's syndrome. In: *BMJ: British Medical Journal* 2005 November 19 (Vol. 331), 1186–1189.
- Lothrop, Hannah (2014): *Gute Hoffnung - jähes Ende. Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit ; Begleitung und neue Hoffnung für Eltern*. 18., akt. Aufl. München: Kösel.
- Loytved, Christine (2004): Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive. In: *Hebamme* 18 (1), 18–21. DOI: 10.1055/s-2004-823077.
- Mahayni, Ziad (2003): *Feuer, Wasser, Erde, Luft. Eine Phänomenologie der Natur am Beispiel der vier Elemente*. Zugl.: Darmstadt, Techn. Univ., Diss (Lynkeus, 9). Rostock: Koch.
- Maier, Bárbara (2000): *Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele*. Berlin: Springer. URL: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10644741>.
- Maio, Giovanni (2015): *Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit*. 3. Auflage. Freiburg, Br., Basel, Wien: Herder.
- Maio, Giovanni (2016): Die spezifische Professionalität der Hebammenarbeit - eine ethische Sicht : Das Besondere der Hebammenarbeit. In: *Hebammenforum: Das Magazin des Bundes Deutscher Hebammen* 17 (9), 966.
- MGEPA und LZG.NRW: *GBE Spezial Schwangerschaft und Geburt, NRW*, [30.03.2017].

- Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen: Gesetze und Verordnungen | Landesrecht NRW. Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz - BestG NRW). Hg. v. Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen. URL: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=5320141007092133713, [16.05.2017].
- QUAG - Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (2017): Publikationen. "Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland - Qualitätsbericht 2015". URL: <http://www.quag.de/quag/publikationen.htm>, [01.05.2017].
- Ramer-Chrastek, J.; Thygeson, M. V. (2005): A perinatal hospice for an unborn child with a life-limiting condition. In: International journal of palliative nursing 11 (6), 274–276. DOI: 10.12968/ijpn.2005.11.6.18294.
- Rat (Council) des ICM (2005): Die Philosophie und das Modell der Hebammenarbeit,. Unter Mitarbeit von ICM Beauftragte des BDH, Oktober 2006. Hg. v. Susanne Simon. URL: https://www.hebammenverband.de/index.php?elD=tx_nawse-curedl&u=0&g=0&t=1499176983&hash=77b99e14fb07493399328b5cbc37478ceeae8aee&file=fileadmin/user_upload/pdf/Philosophie_Modell.pdf, [04.04.2017].
- Reime, Birgitt (2003): Wer erfährt was ? - Informationen und Fehlinformationen in der Geburtshilfe. In: Beate A. Schücking (Hg.): Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. 1. Aufl. (Frauengesundheit, 3). Göttingen: V & R unipress, 9–20.
- Rost, Katharina (2015): Wenn ein Kind nicht lebensfähig ist. Das Austragen der Schwangerschaft nach infauster pränataler Diagnose ; Erfahrungen betroffener Frauen. Zugl.: Osnabrück, Univ., Diss., 2015 (Frauengesundheit, 10). Göttingen: V&R Unipress.
- Samerski, Silja (2011): Die Entscheidungsfalle. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt. Darmstadt: WBG - Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Sayn-Wittgenstein, Friedrike zu (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland ; [Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit]. 1. Aufl. (Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung). Bern: Huber.
- Schäfers, Rainhild (2010): Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Geburt und Mutterschaft. 1. Aufl. (Gynäkologie, Urologie, Hebammen). s.l.: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Schindele, Eva (1995): Schwangerschaft. Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg: Rasch und Röhrling.
- Schmidt-Bäumler, Elisabeth (2005): Verdachtsdiagnose. Trisomie 18 - Begleitung auf einem schweren Weg. In: Die Hebamme 18 (04), 241–243. DOI: 10.1055/s-2005-923638.
- Schmitz, Hermann (2011): Der Leib (Grundthemen Philosophie). Berlin: De Gruyter.

- Schmitz, Hermann (2015): Selbst sein. Über Identität, Subjektivität und Personalität. Orig.-Ausg. Freiburg u.a.: Alber.
- Schmitz, Hermann (2016): Atmosphären. 1. Aufl. s.l.: Alber Verlag. URL: <http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4623367>.
- Schmitz, Hermann; Gausebeck, Hermann (Hg.) (1992): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. 2., überarb. und erw. Aufl. (Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 48). Paderborn: Junfermann.
- Schücking, Beate (2001): Schwangerenvorsorge durch Hebammen. In: Hebammenforum: Das Magazin des Bundes Deutscher Hebammen (7/2001), 507–509.
- Singer, Peter; Bischoff, Oscar; Wolf, Jean-Claude; Klose, Dietrich (2010): Praktische Ethik. 2., rev. und erw. Aufl., [Nachdr.] (Universal-Bibliothek, 8033). Stuttgart: Reclam.
- Spaemann, Robert (2001): E T H I K : Gezeugt, nicht gemacht. ZEIT ONLINE. Hg. v. Die Zeit (Nr.4/18.1.2001). URL: http://www.zeit.de/2001/04/200104_klon.xml, [16.05.2017].
- Spranger, Tade Matthias (1999): Die ungenehmigte Verfügung der Krankenhäuser über Fehlgeborene. In: MedR Medizinrecht 17 (5), 210–213. DOI: 10.1007/s003500050243.
- Stahl, Katja (2016): Geburtshilfe am Limit. Arbeitssituation von Hebammen in deutschen Krankenhäusern. In: Dr. med. Mabuse : Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe 41 (221), 16–18.
- Stiefel, Andrea; Ahrendt, Cordula (Hg.) (2013): Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 5., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Hippokrates.
- Uzarewicz, Charlotte; Uzarewicz, Michael (2005): Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege (Dimensionen sozialer Arbeit und der Pflege, 7). Stuttgart: Lucius und Lucius.
- Wilkins, Ruth (2000): Poor Relations: The Paucity of the Professional Paradigm. In: Mavis Kirkham (Hg.): The midwife-mother relationship. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 28–54.
- Wirtz, Markus A.; Strohmer, Janina; Dorsch, Friedrich (2017): Dorsch - Lexikon der Psychologie. 18., überarbeitete Auflage.

6 Abkürzungsverzeichnis

AKF	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BDH	Bund deutscher Hebammen jetzt DHV
BEK/GEK	Barmer Ersatzkasse/Gmünder Ersatzkasse
BMJ	British Medical Journal
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
d.V.	die Verfasserin
DAK	Deutsche Angestelltenkrankenkasse
destatis	Statistisches Bundesamt
DHV	Deutscher Hebammenverband (vor 2008 BDH)
Diss.	Dissertation
DRID	DRID - Kommunikation und Design GmbH
Eurocat	European surveillance of congenital anomalies
Heb GV	Hebammengebührenverordnung
HebAPrV	Hebammen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
HebG	Hebammengesetz
HELLP	H(Hämolyse) EL(erhöhte Leberenzyme/elevated liver enzymes) LP(niedrige Thrombozyten/low platelet count)
HGH	Hebammengemeinschaftshilfe e. V.
ICM	International Confederation of Midwives
LZG	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
MedR	Medizinrecht
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
MIDIRS	Midwives Information & Resource Service
NRW	Nordrhein Westfalen
Orig.-Ausg.	Originalausgabe
PStV	Personenstandsverordnung
QUAG	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
Techn.	Technische
TK	Techniker Krankenkasse
überarb.	überarbeit
unveröff.	unveröffentlicht
§imb-pnd	Projekt "Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch"

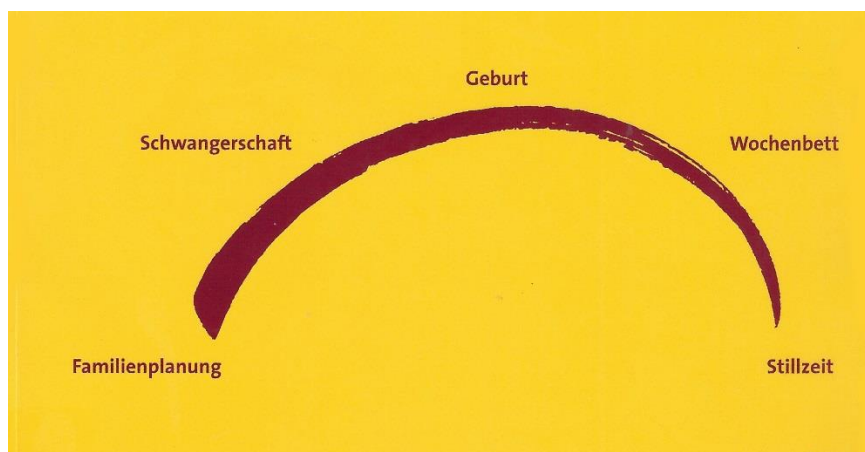
7 Anhang

Anhang 1



(Plakat der DAK am Kölner Hauptbahnhof; fotografiert am 16.12.2016)

Anhang 2



(Sayn-Wittgenstein 2007, Cover-Ausschnitt.)

Anhang 3

„Die Philosophie und das Modell der Hebammenbetreuung

Eine Hebamme ist eine Person, die nach ordnungsgemäßer Zulassung zu einer im jeweiligen Land anerkannten Hebammenausbildung diese erfolgreich abgeschlossen und die erforderliche Qualifikation für die Zulassung zur Hebamme erworben hat.

Der ICM glaubt, dass die der Hebammenbetreuung zugrunde liegende Philosophie Einfluss auf die Art und Weise der Betreuung hat. Das vorliegende Dokument beschreibt die Philosophie und das Modell der Hebammenbetreuung.

LEITGEDANKE

Als Hebammen wissen wir:

1. Der Prozess der Geburt ist eine tiefgründige Erfahrung mit großer Bedeutung für die Frau, ihre Familie und die Gemeinschaft.
2. Die Geburt ist ein normaler, physiologischer Prozess.
3. Hebam[m]en sind die geeignetsten Betreuungspersonen, um Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu begleiten.
4. Hebammenbetreuung befähigt Frauen, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und die ihrer Familie zu übernehmen.
5. Hebammenbetreuung erfolgt in Partnerschaft mit Frauen, ist persönlich, kontinuierlich und antiautoritär.
6. Hebammenbetreuung verbindet Kunst und Wissenschaft. Hebammenbetreuung ist von Natur aus ganzheitlich, respektiert die sozialen, emotionalen, kulturellen, spirituellen, psychologischen und körperlichen Erfahrungen von Frauen und ist evidenzbasiert.
7. Hebammen haben Glauben und Vertrauen in, und Respekt vor Frauen und ihrer Fähigkeit zu gebären.
8. Die Frau selbst ist die erste Entscheidungsträgerin bezüglich ihrer Betreuung und hat ein Recht auf alle Informationen, die ihre Fähigkeit zur Entscheidungsfindung steigern.

DARAUS RESULTIERT

1. Hebammenbetreuung stärkt, sichert und unterstützt die reproduktiven Rechte von Frauen und respektiert ethnische und kulturelle Unterschiede.
2. Die Arbeit von Hebammen fördert und befürwortet den Verzicht auf Interventionen beim normalen Geburtsprozess.
3. Hebammenarbeit stärkt das Selbstvertrauen der Frauen bezüglich ihren Fähigkeiten zu gebären.
4. Hebammen nutzen technische Hilfsmittel angemessen und ziehen zeitnah unterstützende Hilfe bei auftretenden Problemen hinzu.
5. Hebammen bieten eine vorausschauende und flexible Betreuung.
6. Hebammen versorgen Frauen mit geeigneten Informationen und beraten in der Art, dass Beteiligung gefördert und eine informierte Entscheidungsfindung erleichtert wird.
7. Hebammenbetreuung ist gekennzeichnet durch Vertrauen und gegenseitigen Respekt zwischen Hebamme und Frau.
8. Hebammenbetreuung fördert und schützt aktiv das Wohlbefinden der Frauen und steigert den Gesundheitszustand des Kindes.

(...)“

(Angenommen vom Rat (Council) des ICM, Brisbane, Australien 2005;

Übersetzung aus dem Englischen:

Susanne Simon, ICM Beauftragte des BDH, Oktober 2006)

Versicherung selbstständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel: „Welche Bedeutung kommt der Hebammenbegleitung nach infauster pränataler Diagnose zu?“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Textstellen, die anderen Quellen wörtlich oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Alpen, 30.05.2017

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelor/Masterarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, ausgestellt wird.

Sabine Pabel

Alpen, den 31.05.2017